

Instituto Politécnico de Portalegre
Escola Superior de Saúde de Portalegre

1º Mestrado em Enfermagem
Especialização em Enfermagem Comunitária

Orientadora

Prof. Doutora Filomena Martins

RELATÓRIO DE ESTÁGIO
INTERVENÇÃO NA COMUNIDADE

Filomena Maria Gonçalves Simões Rodrigues

Relatório de estágio do
1º semestre, do 2º ano, do
1º Curso de Mestrado
em Enfermagem,
Especialização Enfermagem
Comunitária

Fevereiro
2012

PENSAMENTO

«A escola ocupa um lugar central na ideia de saúde. Aí aprendemos a configurar as “peças” do conhecimento e do comportamento que irão permitir estabelecer relações de qualidade. Adquirimos, ou não, “equipamento” para compreender e contribuir para estilos de vida mais saudáveis, tanto no plano pessoal como ambiental, serviços de saúde mais sensíveis às necessidades dos cidadãos e melhor utilizados por estes».

(Constantino Sakellarides)

“Ninguém se preocupa em ter uma vida virtuosa, mas apenas com quanto tempo poderá viver. Todos podem viver bem, ninguém tem o poder de viver muito.”

Sêneca

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Filomena Martins, orientadora deste trabalho, pelas suas indicações, orientações e disponibilidade.

À equipa Coordenadora do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem.

A todos que, directa ou indirectamente colaboraram neste percurso de enriquecimento pessoal e profissional.

À Comunidade alvo da intervenção, pela relação de ajuda que temos desenvolvido no exercício da profissão de Enfermagem.

Aos meus pais que, na luta pela vida, numa prova de vida crucial, necessitavam de mim em permanência e, muito compreensíveis e pacientes, insistiram para que não desistisse deste projecto após tanto tempo e dedicação investidos.

À minha família, por todos os momentos em que não estive adequadamente presente, por toda a compreensão, apoio e estímulo para concretizar esta etapa no meu ciclo de vida.

Ao meu marido, José Luís, pela sua ajuda preciosa nos meus momentos de ausência.

Um agradecimento especial aos meus filhos Gonçalo e Mariana, que, suportaram, resignados, e apoiaram, com amor e carinho, os momentos mais difíceis, o stress, a angústia, o passar do tempo que, “nunca mais” é dedicado a eles. Espero conseguir recompensar-vos...

RESUMO

O presente relatório consiste na descrição, análise e reflexão do estágio de intervenção comunitária, realizado no âmbito do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária. O referido estágio decorreu no período compreendido entre 14 de Fevereiro e 30 de Junho de 2011.

Utilizando a metodologia do Planeamento em Saúde, foi previamente realizado o Diagnóstico de Situação, na comunidade onde exercemos a profissão de enfermagem e, de acordo com as necessidades identificadas no mesmo, elaborámos e implementámos um projecto de intervenção, direccionado para a promoção de um envelhecimento saudável e qualidade de vida dos idosos.

As necessidades em saúde emergentes, numa sociedade cada vez mais envelhecida, fundamentam a intervenção, no sentido de melhorar a qualidade de vida dos idosos, promovendo a autonomia, capacitação e independência no seu meio ambiente.

Cabe aos Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários, investir na especialização das suas competências, a fim de adequar os cuidados de enfermagem às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades.

A promoção da saúde integra a educação para a saúde, como instrumento do enfermeiro, para promover comportamentos e estilos de vida saudáveis.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e de Saúde Pública assume um papel preponderante no reconhecimento da Enfermagem, através da especialização de competências. A utilização dos Sistemas de Informação em Enfermagem possibilita, através dos indicadores, mostrar ganhos efectivos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Palavras - chave: Idoso; Qualidade de Vida; Promoção da Saúde; Enfermeiro Especialista; Saúde comunitária.

ABSTRACT

The present report consists of the description, analysis and reflection of the carried through period of training of communitarian intervention, in the scope of 1º Course of Mestrado in Nursing with Specialization in Communitarian Nursing. The related period of training elapsed in the understood period enters 14 of February and 30 of June of 2011.

Using the methodology of the Planning in Health, it was previously carried through the Diagnosis of Situation in the community where we exert the nursing profession and, in accordance with the necessities identified in the same we elaborated and we implemented one project of intervention direccioned for the promotion of a healthful aging and quality of life of the aged ones.

The emergent necessities in health, on a society each aged time more, base the intervention, in the direction to improve the quality of life of the aged ones, promoting the autonomy, qualification and independence in its environment.

It fits to the nurses in primary cares of health, to invest in the specialization of its abilities, in order to adjust the cares of nursing to the necessities of the individuals, families and communities.

The promotion of the health integrates the education for the health, as instrument of the nurse, to promote behaviors and healthful styles of life.

The nurse specialist in communitarian health and of public health assumes a preponderant role in the recognition of the Nursing, through the specialization of abilities. The use of the Systems of Information in Nursing makes possible through the pointers, to show sensible effective profits in health to the cares of nursing.

Words - key: Elderly; Quality of Life; Promotion of the Health; Nurse Specialist; Communitarian health.

ABREVIATURAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção-Geral da Saúde

ICN – International Council of Nurses

IGIF - Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde

MS – Ministério da Saúde

NHB – Necessidades Humanas Básicas

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNSPI – Plano Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas

RCEEEECSP – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SIE – Sistema de Informação em Enfermagem

SINUS – Sistema de Informação para Unidades de Saúde

WHOQOL – World Health Organization instrument to evaluate quality of life

WHOQOL-BREF – World Health Organization instrument to evaluate quality of life Bref

WHOQOL-OLD –World Organization instrument to evaluate quality of life the old

ULS – Unidade Local de Saúde

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	13
1.1 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	13
1.2 ENFERMAGEM COMUNITÁRIA.....	14
1.2.1 Aquisição de Competências	17
1.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE	19
1.3.1 Educação para a saúde	21
1.4 PLANEAMENTO EM SAÚDE	22
1.4.1 Diagnóstico da situação	23
1.4.2 Definição de Prioridades	23
1.4.3 Fixação de Objectivos	24
1.4.4 Selecção de Estratégias.....	24
1.4.5 Elaboração de programas e Projectos	25
1.4.6 Preparação da Execução	25
1.4.7 Avaliação	25
1.5 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	26
1.6 ENVELHECIMENTO.....	28
1.7 QUALIDADE DE VIDA	31
2 INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA SEGUNDO O PLANEAMENTO EM SAÚDE .	33
2.1 Diagnóstico de situação	33
2.2 Definição de prioridades.....	36
2.3 Fixação de objectivos.....	37
2.4 Selecção de estratégias.....	39
2.5 Preparação da execução	42
2.6 Actividades desenvolvidas.....	47

2.6.1	Encontro convívio “interacção geracional”	47
2.6.2	Sessões de Educação para a Saúde: Estilos de Vida Saudáveis.....	47
2.6.3	Folhetos	48
2.6.4	Comunicação em Programa de Rádio.....	49
2.6.5	Identificação dos idosos que vivem sozinhos	49
2.6.6	Organização da Consulta de Enfermagem no âmbito do Programa de Saúde do Idoso	50
2.6.7	1º Encontro de Economia Social e Solidariedade	53
2.7	Avaliação	54
 CONCLUSÃO.....		56
 BIBLIOGRAFIA.....		61
 APÊNDICE I – CD COM TODOS OS APÊNDICES ELABORADOS.....		69
 ANEXO I – CD COM OS ANEXOS		72

INTRODUÇÃO

A Unidade Curricular Estágio de Intervenção na Comunidade, é o culminar do plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Comunitária, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Portalegre, desde Março de 2010.

O estágio decorreu no período compreendido entre 14 de Fevereiro e 30 de Junho de 2011, na área de abrangência da Unidade Local de Saúde [ULS] de Castelo Branco, com a duração de 420 horas. Foi essencialmente direccionado para a intervenção comunitária na área da promoção do envelhecimento saudável e qualidade de vida do idoso. A população - alvo estabelecida foram os indivíduos inscritos nos ficheiros da Lardosa, Cebolais de Cima e num ficheiro da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] 2, de Castelo Branco. Esta população, atendendo ao estágio no contexto de trabalho, justifica-se por ser o local onde exercemos a prática de enfermagem.

Atendendo a que o Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas [PNSPI], fio condutor da nossa intervenção, considera o envelhecimento como “uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível” (DGS, 2006:5), “de forma independente, no seu meio habitual de vida, (...) um objectivo individual de vida e uma responsabilidade colectiva para com as pessoas idosas” (DGS, 2006:6), desenvolvemos o nosso estágio no âmbito dos idosos não institucionalizados.

De acordo com o regulamento do Curso de Mestrado em Enfermagem, aprovado pelo Conselho Científico da Escola Superior de Saúde de Portalegre em 20 de Novembro de 2009, o estágio decorrido insere-se no processo de aquisição de competências para atribuição do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em Saúde Comunitária, para o qual é necessária aprovação, em todas as unidades curriculares que integram o plano de estudos do mestrado, e que integra um estágio de natureza profissional, obrigatório para o acesso ao título de especialista conferido pela ordem dos enfermeiros, e que será objecto de discussão pública.

O estágio realizado foi um processo de desenvolvimento, com vista à aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista, estabelecidas pelo Regulamento n.º 128/2011:

- a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;
- c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;
- d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

A escolha da temática, tem por base os conteúdos programáticos disponíveis para a intervenção no estágio de natureza profissional, com a finalidade de promover o desenvolvimento pessoal e profissional na área da especialização do conhecimento em enfermagem numa perspectiva de aprendizagem ao longo da vida, através da auto-formação e reflexividade sobre a prática. Os conhecimentos adquiridos nos 1º e 2º semestres decorridos, têm necessariamente que ser reforçados com a intervenção comunitária.

De acordo com o Regulamento n.º 128/2011, compete ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, estabelecer, “com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, por conseguinte “identificar as necessidades em saúde, de grupos ou de uma comunidade” (Regulamento n.º 128/2011, 2011). O presente relatório tem por base o Diagnóstico de Situação, previamente realizado, segundo o qual, e em conformidade com as necessidades identificadas no mesmo, foi elaborado e implementado um projecto de estágio.

Com a realização do relatório pretende-se efectuar uma análise retrospectiva e reflexiva sobre as intervenções realizadas no decurso do estágio, justificando objectivamente a metodologia utilizada no decorrer do processo de planeamento em saúde.

De acordo com os objectivos definidos para o estágio cabe averiguar se os mesmos foram alcançados, assim como todo o processo efectuado nesse sentido.

A estruturação do relatório inicia-se com o enquadramento teórico sobre aspectos fundamentais como a Enfermagem Comunitária e a aquisição de competências, os cuidados de saúde primários, o planeamento em saúde, a promoção da saúde e a educação para a saúde, o envelhecimento e a qualidade de vida. A referência aos Sistemas de Informação em Enfermagem [SIE], insere-se na consulta de enfermagem ao idoso e, na importância dos mesmos para averiguar resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e uniformizar procedimentos. De acordo com as necessidades identificadas, é sintetizada a descrição das actividades e intervenções efectuadas durante o estágio, para a promoção de um envelhecimento saudável, segundo o decurso das fases do planeamento em saúde. Por fim, e em conclusão, uma abordagem geral

ao trabalho desenvolvido. Em apêndices e anexos colocamos todos os documentos relevantes, para esclarecer os dados apresentados no relatório de estágio.

Na elaboração do projecto de estágio, tivemos em atenção as directrizes dos Programas e Planos de Saúde, assim como as orientações da Direcção Geral da Saúde [DGS] para a saúde das pessoas idosas, com o princípio de melhorar a qualidade de vida dos idosos, promovendo um envelhecimento saudável. A capacitação e responsabilização individual e colectiva surge como principal desafio para os profissionais de saúde, designadamente os enfermeiros especialistas em saúde comunitária.

O envelhecimento é um processo fisiológico inerente a todos os seres vivos, que durante muito tempo foi considerado como um processo evolutivo inalterável. Actualmente considera-se que resulta da interacção de múltiplos factores endógenos e exógenos que caracterizam a resposta biológica adaptativa e que são individualmente determinantes para o processo de envelhecimento.

A intensidade do envelhecimento, os aspectos que envolve, assim como os novos desafios e oportunidades que se deparam a uma sociedade cada vez mais constituída por pessoas mais velhas, tornam este tema sempre actual exigindo dos enfermeiros uma análise multidimensional.

As modificações demográficas ocorridas no último século reflectem o envelhecimento da população e implicam um investimento individual e colectivo dos governos, famílias e sociedade que permita envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível (DGS, 2006). Assim, e de acordo com o Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (DGS, 2006), é fundamental uma atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, indissociável da adopção de estilos/ comportamentos de vida saudáveis.

Fazendo referência à Lei de Bases do sistema educativo, também aplicada ao ensino de Enfermagem, cabe destacar num dos seus objectivos a necessidade de “formar diplomados para a participação no desenvolvimento da sociedade portuguesa e na sua formação contínua e estimular o conhecimento dos problemas do mundo de hoje em particular os nacionais e regionais, prestar serviços à comunidade e estabelecer com esta uma relação de reciprocidade.” Deste modo, o enfermeiro nos cuidados de saúde primários, como profissional de saúde mais próximo do idoso, deve adquirir competências que o capacitem na identificação das necessidades e potencialidades de respostas que, permitam uma melhor gestão entre os cuidados prestados e as expectativas dos utentes.

Com as sucessivas transformações no conceito de saúde, resultam perspectivas multidimensionais que incorporam dimensões de natureza subjectiva e objectiva. As primeiras relacionam-se com a sensação de bem-estar e as segundas estão directamente relacionadas com a capacidade funcional do indivíduo. Fazendo referência à Carta de Ottawa (1986), a saúde é “um recurso para a vida e não uma finalidade”. Neste sentido, o indivíduo tem controlo dos seus recursos físicos, mentais, sociais e deve ser capaz de se adaptar às alterações do meio e simultaneamente contribuir para o bem estar dum grupo ou comunidade. Assim, entende-se que a saúde deve ser gerida por todos a nível individual e comunitário.

Os comportamentos de saúde associados a um determinado estilo de vida são desencadeados pela percepção que cada indivíduo tem da probabilidade de contrair uma doença, bem como da gravidade e das consequências de adoecer (Pais Ribeiro, 1998). A mudança de comportamentos assumem assim um papel preponderante no esforço individual de obter ganhos em saúde.

A promoção da saúde é essencial na diminuição das limitações inerentes aos envelhecimento e na capacitação dos idosos para adquirirem o melhor nível possível de autonomia, que lhes possibilite uma qualidade de vida adequada às suas perspectivas. A educação para a saúde é uma estratégia de enfermagem fundamental para a promoção da saúde do indivíduo, família e comunidade. (Basto, 2000)

O enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, como profissional de saúde mais próximo do indivíduo e da comunidade, tem a responsabilidade de, pensar o envelhecimento em todo o ciclo de vida adoptando uma atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, assim como reduzir as incapacidades, numa atitude de recuperação global precoce e adequada às necessidades individuais e familiares, envolvendo a comunidade, numa responsabilidade partilhada, potenciadora dos recursos existentes e dinamizadora de acções cada vez mais próximas dos cidadãos. (DGS, 2006)

O enfermeiro especialista distingue-se pelas competências específicas adquiridas e desenvolvidas, assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e uma elevada capacidade para responder de forma adequada às necessidades de pessoas, grupos ou comunidades (Regulamento n.º 128/2011, 2011).

1 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A pesquisa em enfermagem é fundamental para o aumento dos conhecimentos e para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Assim, uma pesquisa permite-nos descrever as características de uma situação, explicar fenómenos que melhoram o exercício da profissão e a vida dos indivíduos, prever e controlar determinadas situações e elaborar acções que permitem a promoção de comportamentos desejáveis e a prevenção de comportamentos indesejáveis (Fortin, 1999).

Segundo a mesma autora, o enquadramento teórico que designa de quadro de referência, “tem função de apoio e de lógica em relação ao problema de investigação.” (Fortin, 1999:93) e consiste numa “generalização abstracta que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo.” (Fortin, 1999:93).

Citando Burns e Grove, (1993) referidos por Fortin (1999), com o enquadramento teórico objectiva-se a estruturação dos elementos de um estudo e o provimento de um contexto para a interpretação dos resultados.

Assim, compete-nos apresentar o quadro de referência, segundo o qual baseámos o Projecto de Intervenção na Comunidade.

1.1 CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os Cuidados de Saúde Primários são o elemento -chave de um sistema de saúde. Estão na linha da frente, e constituem os cuidados de primeiro contacto, na medida em que estão acessíveis quando necessário, global e longitudinalmente, no processo saúde/doença ao longo do ciclo vital, e não apenas nos episódios de doença. Direcçãoam a sua intervenção para a promoção da auto-responsabilização e autonomia dos cidadãos nas suas decisões e acções, coordenando, sempre que necessário, as suas interacções com outras estruturas ou profissionais (Biscaia, Martins, Carreira, Gonçalves, Antunes, & Ferrinho, 2006) referidos por (Lobo, s.d.).

Conforme referido no Preâmbulo do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública [RCEEEECSP], nos últimos anos tem sido reconhecido o papel determinante dos cuidados de saúde primários, enfatizando a capacidade de resposta na resolução dos problemas colocados pelos cidadãos, no sentido de formar uma sociedade forte e dinâmica (Regulamento n.º 128/2011, 2011).

Em cuidados de saúde primários, a enfermagem integra o processo de promoção da saúde e prevenção da doença, com evidência para a educação para a saúde, manutenção, restabelecimento, coordenação, gestão e avaliação dos cuidados prestados aos indivíduos, famílias e grupos constituintes da comunidade (Correia, Dias, Coelho, Page, & Vitorino, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde ([MS], 2004), as actuais políticas de saúde têm referentes fundamentais na noção de cuidados de saúde primários ,expressos pela Conferência de Alma Ata em 1978, que estabelecia uma ordem prioritária na prevenção da doença e na promoção da saúde. A adopção do conceito de metas para a saúde ,como elemento fundamental para a formulação de políticas de saúde para todos; e a ideia de promoção de saúde, através da carta de Ottawa em 1986, em que se reconhecem os determinantes culturais da saúde, dos estilos de vida saudáveis e dos meios organizacionais específicos, redes de cidades saudáveis, escolas promotoras de saúde, promoção de saúde nas empresas. As políticas de saúde implicam a preocupação com os mecanismos que assegurem uma visão prospectiva e resultados sustentados na qualidade de vida das populações, assumindo o cidadão como referencial , com absoluto respeito pelas suas preferências e necessidades, bem como pelos princípios da justiça, de cidadania e de coesão social.

O compromisso da enfermagem para com os cuidados de saúde primários encontra-se incorporado no Código Deontológico do «International Council of Nurses»[ICN] para Enfermeiros – adoptado pela primeira vez em 1953 e revisto regularmente ,que afirma que “os enfermeiros têm quatro responsabilidades fundamentais: promover a saúde, prevenir a doença, restabelecer a saúde e aliviar o sofrimento” (ICN, Code of Ethics for Nurses., 2006).

1.2 ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O termo comunidade deriva do latim «*communitas*», que significa bem comum, público, geral.

Na maioria das definições, o conceito de comunidade tem implícitas três dimensões: indivíduos, local e função.

Segundo a OMS (1974), “uma comunidade é um grupo social determinado por limites geográficos e/ou por valores e interesses comuns. Os seus membros conhecem-se e interagem uns com os outros. Funciona dentro de uma estrutura social particular, e exhibe e cria normas, valores e instituições sociais”.

Segundo Bogan et al. (1992) citados por Stanhope & Lancaster (1999), “comunidade é uma entidade com base num local, composta por sistemas de organizações formais que reflectem as instituições sociais, os grupos informais e os seus agregados. Estes componentes são interdependentes e a sua função é ir ao encontro duma grande variedade de necessidades colectivas”. Esta definição inclui a dimensão individual, geográfica e funcional e reconhece a interdependência ou interacção, entre os sistemas de uma comunidade.

O conceito de comunidade, muito abrangente, é definido pelo Conselho Internacional dos Enfermeiros (2005, p.171) na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] como:

“Grupo com características específicas : Um grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo colectivo, composta por membros ligados pela partilha geográfica, de condições, ou interesses comuns.”

Quando refletimos sobre a natureza dos cuidados de enfermagem, sobressai a relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa, ou do enfermeiro com um grupo de pessoas, famílias ou comunidade. Esta interacção, leva á compreensão do outro na sua singularidade, permitindo estabelecer diferenças entre as pessoas, e prestar cuidados de enfermagem de forma individualizada.

O enfermeiro é sem dúvida, o profissional de saúde mais próximo e acessível ao utente. Assume então o papel fundamental de elo de ligação e articulação entre o utente e outros técnicos de saúde.

Segundo o Conselho Internacional dos Enfermeiros [ICN], a enfermagem compreende o cuidado autónomo e interdependente de pessoas de todas as idades, famílias, de todos os grupos, e todas as comunidades, sãos ou doentes e em todos os contextos.

“A enfermagem inclui a promoção da saúde, prevenção da doença (...). A advocacia, promoção de um ambiente seguro, participação na modelação de políticas de saúde e na gestão dos doentes e sistemas de saúde, bem como a educação, são também papéis fundamentais da enfermagem.” (ICN, 2008)

Fazendo referência ao nº 1 do Artigo 4.º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], (Decreto - Lei n.º 161/96) a enfermagem define-se como “... a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano,

são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, para que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”.

De acordo com os padrões de qualidade, definidos pela Ordem dos Enfermeiros, “os cuidados de Enfermagem tomam por foco de atenção, a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores-frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (Enfermeiros, 2001).

Os enfermeiros encontram-se numa situação privilegiada para identificar necessidades de cuidados e potencialidades de respostas que facilitem uma melhor gestão entre os cuidados prestados e as expectativas dos utentes. Esta capacidade advém da natureza dos cuidados de enfermagem, do trabalho de proximidade e pelas competências que possuem na abordagem da pessoa, das famílias e das diferentes comunidades (Gomes, Magalhães, Martins, & col., 2011).

A melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem decorre da reflexão e avaliação das intervenções, fundamentando-as com conhecimentos baseados na evidência. Para isso, a enfermagem utiliza a pesquisa, assim como a metodologia sistemática que utiliza de forma disciplinada questões para a resolução de problemas, tendo como objectivo final desenvolver e expandir um corpo de conhecimentos (Polit, Beck, & Hungler, 2004).

A Ordem dos Enfermeiros identifica quatro eixos prioritários para a Investigação em Enfermagem:

- A Adequação dos cuidados de enfermagem gerais e especializados às necessidades do cidadão,
- Educação para a saúde na aprendizagem de capacidades;
- Estratégias inovadoras de gestão/liderança e;
- Formação em Enfermagem no desenvolvimento de competências.

Assim, e enquanto ciência, a enfermagem requer a produção e renovação contínuas dos seus conhecimentos, que apenas podem ser assegurados pela investigação.

A produção de competências está diretamente relacionada com a formação e experiência profissional sendo que está subjacente a influência de variáveis da organização e da cultura local (Costa, 2002). As análises, reflexões e estudos que dão visibilidade à enfermagem

determinam o trabalho dos enfermeiros, mas contribuem essencialmente para o estudo da identidade da profissão, do acto de cuidar e na produção da sua formação reconstituindo e reconceptualizando as práticas de cuidados (Costa, 2002).

A enfermagem comunitária é uma prática continuada e globalizante dirigida a todos os indivíduos e famílias ao longo do seu ciclo de vida que respeita e estimula a independência e a autoresponsabilização dos mesmos pela sua saúde, de acordo com as suas possibilidades desempenhando adequada e eficientemente as suas funções (Correia, Dias, Coelho, Page, & Vitorino, 2001).

O enfermeiro em saúde comunitária tem que conciliar os saberes baseados na evidência científica e adaptar esses saberes ao quotidiano das pessoas inseridas em diferentes culturas. É necessário centrar as intervenções de enfermagem “na relação do cliente com os cenários e actores relevantes do seu quotidiano, e investir na competência das pessoas para se tornarem agentes activos dessa interacção, capazes de identificar necessidades de mudança e de as produzir a nível pessoal, interpessoal e comunitário.” (Enfermeiros, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE]. Versão 01, 2005).

1.2.1 Aquisição de Competências

A construção de competências e a formação em contexto de trabalho representam “um trabalho pessoal, unificador, de síntese, o qual se constitui em novo ciclo de aprendizagem.” (Costa, 2002:204).

Ainda segundo a mesma autora, e citando Canário (1997: 138), “A produção de competências corresponde a um processo multidimensional, simultaneamente individual e colectivo, e sempre contingente, ou seja dependente de um determinado contexto e de um determinado projecto de acção”.

No documento que regulamenta as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o enfermeiro especialista define-se como:

“o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.” (Enfermeiros, 2011)

Existe atualmente um consenso de que o papel dos enfermeiros reside no cuidar das e com as pessoas, numa perspectiva global, o que requer uma abordagem complexa visando a satisfação das suas necessidades, a recuperação das suas funções e a potenciação das suas capacidades para o auto-cuidado (Martins, 2002).

No âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permitem compreender e respeitar os outros numa perspectiva multicultural abstendo-se de juízos de valor (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

A definição das competências do enfermeiro especialista decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais; independentemente da área de especialidade, os enfermeiros partilham de um grupo de domínios que se consideram competências comuns, adaptáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Enfermeiros, 2011).

Os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista são a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Ao longo do estágio foi compromisso permanente a prática do exercício profissional tendo em conta os critérios de avaliação inclusos a cada competência.

Com o D.L. n.º 191/96 de 4/9 foi publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], que veio reforçar a oportunidade dos mesmos se debruçarem sobre os valores, a ética e o desenvolvimento, na prática de cuidados e na educação em enfermagem.

A publicação do REPE iniciou um novo ciclo na profissão de enfermagem que aponta claramente para princípios de actuação que encontram o seu fundamento numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseada na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas.

Com a criação da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 104/98 de 21 de Abril), foram estabelecidas condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão de enfermagem. Entre as atribuições desta, destacam-se: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão de enfermeiro e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

A formação desenvolvida nos contextos de trabalho é crucial, integra aquisição de conhecimentos e de valores, desenvolvimento de capacidades e atitudes, mudanças de representações, preparação para a intervenção social e desenvolvimento de identidades (Bento, 2001). Considerando a importância do contexto de trabalho, desenvolvemos o estágio de intervenção na comunidade com vista à aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde comunitária e de saúde pública, que estabelece as seguintes competências:

- a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade;
- b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades;

c) Integra a coordenação dos Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objectivos do Plano Nacional de Saúde;

d) Realiza e coopera na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico.

Os enfermeiros desenvolvem a capacidade de pensar complexo, de integrar, de perceber os contextos. A construção e o desenvolvimento de competências, efectuadas no contexto da prática de cuidados, correspondem ao local onde por excelência, se desenvolve a Enfermagem, uma vez que é simultaneamente gerador e produtor de conhecimentos e saberes.

Um dos principais desafios que se apresenta actualmente aos enfermeiros é a identidade, autonomia e desenvolvimento da Enfermagem. Para enfrentar esse desafio é fundamental a procura de perfis de configuração reconhecida para a prestação dos cuidados gerais e especializados de enfermagem (Nunes, 2007).

O exercício profissional de Enfermagem em Portugal assenta em princípios e valores que integram a dimensão ética do agir profissional do enfermeiro. Esses princípios estão expressos no Artigo 78º Código Deontológico do Enfermeiro, na Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. No decorrer do estágio de Intervenção na Comunidade tivemos sempre presentes esses princípios.

As competências do enfermeiro vão para além do cuidar, envolvendo a gestão desses mesmos cuidados, o que pressupõe uma prática ética e legal e o desenvolvimento profissional (OE, 2003). A prioridade da investigação prende-se com a necessidade de desenvolver os saberes próprios da enfermagem partindo do princípio de que o cuidar é o cerne da enfermagem (Basto M. L., 2009).

1.3 PROMOÇÃO DA SAÚDE

A influência da promoção da saúde na organização dos sistemas de saúde tem evoluído progressivamente a par da realização de conferências internacionais, no entanto, esse processo tem sido contraditório relativamente às estratégias adoptadas.

O conceito de promoção da saúde foi inicialmente definido na década de 40, a partir do modelo de Leavell & Clark, como um dos elementos do nível primário de cuidados em saúde preventiva. Foi evoluindo com o surgir de novas correntes de promoção da saúde, sobretudo no Canadá, Estados Unidos da América e nos países da Europa Ocidental.

Em meados dos anos 70 desponta como a nova concepção de saúde em virtude de inúmeros debates sobre a determinação social e económica da saúde e a construção de uma concepção não centrada na doença.

A evolução do conceito de saúde relaciona-se essencialmente com os aspectos que são evidenciados; o conceito de promoção da saúde, evoluiu sobretudo a partir da publicação da carta de Ottawa (OMS, 1986). Neste documento, a promoção da saúde é definida como o processo que visa capacitar as pessoas para controlarem a sua saúde, que abrange a educação para a saúde, a prevenção e a reabilitação da doença. Tem como principal objectivo promover o empowerment dos indivíduos e das famílias para melhorar a sua saúde física, mental, social e o bem-estar.

“A promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade, melhoram a saúde e a qualidade de vida e, ajudam a racionalizar os recursos da sociedade.” (DGS, 2006:9). Nunca é tarde demais para corrigir estilos de vida inadequados, é fundamental adoptar estilos de vida mais saudáveis e ter uma atitude mais participativa na promoção do auto-cuidado (DGS, 2006).

De acordo com a OMS (2001), referida em Ramos (2003), “empowerment” é um processo contínuo, em que os indivíduos e/ou comunidades “adquirem e ganham confiança, auto-estima, compreensão e poder necessários para articular os seus interesses, seguros que essas acções são tomadas para as próprias pessoas se prepararem e, mais largamente, ganharem controlo nas suas vidas”. Neste contexto, a saúde é entendida como um recurso do dia-a-dia e não como uma finalidade de vida.

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, o profissional de Enfermagem é responsável pela promoção da saúde da comunidade em que está inserido, assim como por responder de forma adequada às necessidades em cuidados de enfermagem diagnosticados nessa mesma comunidade (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Segundo o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, é de todo o interesse direccionar as intervenções para a promoção de um envelhecimento activo; são propostas algumas orientações estratégicas e intervenções necessárias para que os cuidados aos idosos sejam reorganizados numa perspectiva integrada, com uma abordagem multidisciplinar e intervenção intersectorial, no sentido de adequar os cuidados de saúde às necessidades específicas emergentes neste ciclo de vida (PORTUGAL, 2004). A promoção da saúde converge com a promoção do envelhecimento activo que se caracteriza pela preservação de capacidades e do potencial de desenvolvimento.

Das teorias de Promoção da Saúde que abordámos nas Unidades Curriculares dos semestres anteriores, consideramos ser a Teoria da Aprendizagem Social também designada por teoria socio-cognitiva, de Albert Bandura (1977) a que mais se inclui nas estratégias de

intervenção que priorizámos. Constitui um instrumento que permite prever a orientação das mudanças de comportamento de saúde e a sua estabilidade no tempo. Esta teoria fundamenta-se no pressuposto de que o comportamento é determinado pelas expectativas e pelos incentivos/esforços (Russel, 1996). Este modelo tem sido aplicado para a modificação dos comportamentos relativos ao estilo de vida o que implica mudanças a longo prazo.

A teoria sócio - cognitiva de Bandura (1977) preocupa-se com a aprendizagem que tem lugar no contexto de uma situação social e sugere que uma parte significativa daquilo que o sujeito aprende resulta da imitação, modelagem ou aprendizagem observacional (Cruz, 1997). A aprendizagem social também é influenciada pelo auto-conhecimento. Deste modo, os padrões que estabelecemos para nós mesmos e a confiança que temos na nossa capacidade para os cumprir, influenciam a nossa disposição para aprender.

1.3.1 Educação para a saúde

A educação para a saúde, componente básico na promoção da saúde, foi definida em 1969, pela Organização Mundial da Saúde como:

“acção exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar judiciosamente os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou colectivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem”

É nesta concepção de saúde que se pode enquadrar a educação para a saúde na qual está implícito um processo educativo que fomenta o desenvolvimento do indivíduo, que o acompanha e orienta para a apropriação de estilos de vida saudáveis, que lhe facilite a tomada de decisões conscientes; promove as relações entre os indivíduos de uma comunidade; entende o indivíduo como um ser activo no processo educativo, como participante e responsável.

A Educação para a saúde tem como objectivo contribuir para a mudança de comportamentos dos indivíduos, com vista à aquisição de estilos de vida mais saudáveis. Tem vindo a ser reconhecida como parte integrante dos esforços para a prevenção da doença e promoção da saúde. A evolução do conceito, ao longo do tempo, deve-se sobretudo à evolução das ciências e das técnicas, bem como à percepção dos factores ambientais, sociais e comportamentais que afectam a saúde.

Em 1974, com Lalonde emergiram como determinantes de saúde, os estilos de vida e o meio ambiente.

Aos enfermeiros apresenta-se o desafio de contribuir para que, apesar das potenciais limitações progressivas, consigam capacitar os indivíduos a viver com a máxima autonomia e qualidade possíveis. Para esse efeito, é fundamental que a sociedade considere o contexto familiar e social e reconheça as potencialidades e valor das pessoas idosas (Manual Técnico de "Promoção da Saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar", 2007).

A conceptualização mais bem aceite, segundo alguns autores, para Educação para a saúde:

“...toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], que produz mudanças no conhecimento e compreensão nas formas de pensar. Pode influenciar ou danificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes, pode facilitar a aquisição de competências, pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida.” (Tones & Tilford, 1994:11) citados por (Carvalho & Carvalho, 2006)

Os enfermeiros não podem actuar directamente nas componentes de nível governamental, no entanto, podem e devem rever o seu desempenho profissional actuando para a autonomia das pessoas (Carvalho & Carvalho, 2006). Assim, e de acordo com o Decreto-Lei n.º 437/91 (artigo 7, alínea c), a execução de cuidados de enfermagem que integrem processos educativos, que promovam o autocuidado do utente aponta claramente para a realização de actividades de educação para a saúde.

Nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Enfermeiros, 2001), definidos pela Ordem dos Enfermeiros, é salientada a importância do seu desempenho como agente de Educação para a Saúde.

É importante considerarmos a educação para a saúde como parte integrante das actividades de enfermagem desenvolvidas no quotidiano dos enfermeiros, enfatizando a capacitação dos indivíduos, a humanização dos cuidados e a valorização da cidadania. Urge adequar as actividades de enfermagem à realidade social, económica e cultural dos indivíduos.

1.4 PLANEAMENTO EM SAÚDE

Para que um trabalho de investigação seja credível e aceite pela comunidade à qual se dirige, é fundamental que se adopte a metodologia científica que, segundo Fortin (1999, p.372), consiste “...num conjunto de métodos e de técnicas que guiam a elaboração do

processo de investigação científica. Sendo também parte de um relatório, em que se descrevem os métodos e as técnicas utilizadas no quadro dessa investigação”.

Imperator & Giralde (1993:23) referem que, com a conferência realizada em Alma-Ata em 1978 se recomendava que “os governos aperfeiçoem a estrutura administrativa e apliquem, em todos os níveis, métodos apropriados de gestão para planearem e porem em prática os cuidados de saúde primários”. É assim determinada a importância do planeamento em saúde que se define como “a racionalização do uso de recursos com vista a atingir os objectivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários sectores sócio - económicos” (Imperator & Giralde, 1993:23).

O planeamento em saúde deve ser entendido como um processo contínuo e dinâmico, passível de ser alterado e reavaliado em qualquer etapa, de acordo com alterações que surjam no decorrer do mesmo (Imperator & Giralde, 1993). Segundo Tavares (1990), é um auxiliar na tomada de decisão que permite racionalizar os sempre escassos recursos de saúde, com base nos princípios de equidade e eficiência.

1.4.1 Diagnóstico da situação

O diagnóstico de situação, primeira etapa no processo de planeamento em saúde, deve caracterizar-se por ser “suficientemente alargado aos sectores económicos e sociais” (Imperator & Giralde, 1993:28), possibilitando a identificação dos principais problemas de saúde, assim como os factores que a condicionam; deve ser “suficientemente aprofundado” (Imperator & Giralde, 1993:28), explicando a causalidade dos problemas identificados, por fim, é fundamental que seja “sucinto e claro” facilitando a leitura e apreensão do mesmo. Consiste na identificação dos problemas e na determinação das necessidades (Tavares, 1990).

1.4.2 Definição de Prioridades

No processo de planeamento da saúde a fase que decorre do diagnóstico de situação é a definição de prioridades, na qual através de critérios de selecção determinamos as necessidades de intervenção prioritárias, o que não significa ignorar os outros problemas identificados no diagnóstico de situação mas que se prende com questões de disponibilidade de recursos humanos, físicos e/ou financeiros (Tavares, 1990).

Com esta etapa pretende-se seleccionar os problemas de saúde que serão resolvidos, utilizando para o efeito critérios de selecção como “a magnitude, caracterizando o problema pela sua dimensão, a transcendência, valorizando as mortes por grupos etários e a

vulnerabilidade, correspondendo à possibilidade de prevenção.” (Tavares, 1990:86). É incomportável a aplicação simultânea de todos os critérios na definição de prioridades, sendo por isso necessário seleccionar os mais adequados de acordo com recursos e tempo disponível para a intervenção. Tal decisão é de certo modo subjectiva por depender dos elementos do grupo, pelo que é importante obter o consenso (Tavares, 1990).

1.4.3 Fixação de Objectivos

Na formulação de objectivos devem considerar-se determinadas “características de tipo estrutural” (Tavares, 1990:116); assim, devem ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis. Os objectivos definidos expressam o resultado que se pretende para o problema, alterando a tendência da sua evolução (Imperator & Giraldes, 1993).

Os objectivos devem ser interdependentes e sequenciais integrando a formulação de objectivos gerais, que se referem a uma situação que se pretende atingir e específicos mais detalhados, contribuem para atingir o objectivo geral.

Para a consecução desta etapa importa seleccionar os indicadores dos problemas prioritários, que representam “uma relação entre uma determinada situação e a população em risco dessa situação” (Tavares, 1990:120), determinar a tendência, projecção e previsão dos problemas prioritários, fixar os objectivos a atingir e traduzir os objectivos em objectivos operacionais ou metas (Tavares, 1990:120).

Os objectivos operacionais ou metas referem-se aos resultados visados pela equipa do projecto, reflectem as actividades e os resultados pretendidos com a sua realização (Tavares, 1990).

1.4.4 Selecção de Estratégias

Podem ser utilizadas diversas abordagens na resolução dos problemas. A relação custo - benefício e os recursos disponíveis são determinantes para a tomada de decisão.

Nesta etapa e, a fim de debelar possíveis obstáculos à implementação do projecto (Tavares, 1990) e de obter a máxima aceitabilidade da população à intervenção de enfermagem, deve considerar-se a participação da população - alvo, comunitária, e ainda a articulação inter-sectorial, com alguns organismos directa ou indirectamente ligados à saúde que contribuam para a aceitabilidade do projecto (Tavares, 1990).

1.4.5 Elaboração de programas e Projectos

“Um programa é um conjunto de actividades necessárias à execução de uma estratégia” (Tavares, 1990:165), e um projecto é um conjunto de actividades que decorrem num período de tempo bem delimitado, a fim de contribuir para a execução de um Programa (Tavares, 1990). Assim, o nosso projecto de intervenção na comunidade tem o propósito de contribuir para a consecução dos Programas de saúde estabelecidos pela Direcção – Geral da Saúde, Ministério da Saúde, no âmbito das Pessoas Idosas.

Para a elaboração do mesmo, tivemos em atenção os pontos inerentes à redacção do protocolo (Tavares, 1990:182), com o intuito de lhe conferir credibilidade.

Esta etapa, a primeira do planeamento operacional, consiste no estudo pormenorizado das actividades necessárias à execução de determinada estratégia, a fim de atingir os objectivos definidos. Implica fazer referência aos elementos responsáveis, aos objectivos operacionais ou metas assim como aos custos implícitos. (Imperatori & Giraldes, 1993)

Os objectivos operacionais enunciam “um resultado desejável e tecnicamente exequível das actividades dos serviços de saúde, traduzido em termos de indicadores de actividade.” (Imperatori & Giraldes, 1993:80).

1.4.6 Preparação da Execução

Nesta etapa, é essencial “especificar a responsabilidade da execução das entidades envolvidas, definir os calendários de execução e cronogramas” (Imperatori & Giraldes, 1993:30) e, escolher a quem compete o seu seguimento (Imperatori & Giraldes, 1993).

Está inerente a descrição narrativa das actividades e a sua calendarização (Imperatori & Giraldes, 1993).

1.4.7 Avaliação

A equipa de planeamento envolvida no projecto tem a responsabilidade de aplicar medidas correctivas ao mesmo sempre que necessário. Esta etapa é paralela a todo o processo de planeamento (Tavares, 1990). Pode ser efectuada a curto prazo, “através dos indicadores de processo ou actividade que serviram para fixar metas” (Imperatori & Giraldes, 1993:30), e a médio prazo, que se faz em relação aos objectivos fixados através de indicadores de impacto ou resultado (Imperatori & Giraldes, 1993). Esta etapa justifica-se pela dinâmica e continuidade do processo de planeamento.

Com esta etapa pretende determinar-se “o grau de sucesso na consecução de um objectivo, mediante a elaboração de um julgamento baseado em critérios e normas.”

(Tavares, 1990:205). Podemos assim verificar se os objectivos e as estratégias foram adequados.

1.5 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

A evolução da Enfermagem decorre dos modelos de formação determinados por contextos sociais, históricos e culturais. No início da década de 70 surgem os primeiros Modelos Teóricos de Enfermagem com a distinção ontológica de cuidados médicos e de enfermagem. O paciente passa a ser encarado como um ser bio - psicossocial, e a actuação do enfermeiro começa a basear-se nas necessidades básicas humanas, de acordo com as actividades de vida diárias preconizadas por Virginia Henderson.

Este modelo, aborda as catorze necessidades humanas básicas, como o guia para o conceito de necessidades em saúde. Aborda ainda a independência do indivíduo na satisfação dessas necessidades. É na satisfação progressiva das necessidades, e do papel adicional da acção de enfermagem que o idoso consegue realizar o seu potencial máximo de bem-estar (George, 2000).

Com este marco, a prática de enfermagem deixa de se reduzir ao cumprimento das prescrições médicas e engloba o planeamento, execução e avaliação dos cuidados de enfermagem, baseados no próprio saber de enfermagem e na utilização de outros saberes.

Para os autores Berger & Mailloux-Poirier (1995), o modelo conceptual de Virginia Henderson adapta-se bem na avaliação de idosos mais vulneráveis e menos capazes de satisfazer as suas necessidades.

A referência a este modelo teórico de enfermagem no relatório de estágio deve-se ao facto de, o sistema de Informação implementado e em utilização nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP] da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, o [SAPE], estar elaborado de acordo com as [NHB] de Virginia Henderson.

Segundo Virginia Henderson, a pessoa é a figura central dos cuidados de enfermagem e, o enfermeiro tem o dever de a ajudar a tornar-se independente na satisfação das suas necessidades o mais precoce possível, entendendo por necessidade o requisito ou exigência e não a falta.

Baseia a concepção de enfermagem nos seguintes pressupostos:

- Tanto o enfermeiro como a pessoa valorizam a independência sobre a dependência;
- A saúde tem um significado individual e social;

- Toda a pessoa tende a alcançar o mais alto nível de saúde ou na sua impossibilidade uma morte serena;
- Quando a pessoa tem conhecimento, força e/ou vontade, tende a alcançar a saúde;
- Tanto a pessoa como o enfermeiro devem definir objectivos congruentes;
- Os cuidados de enfermagem devem basear-se na satisfação de catorze necessidades humanas básicas;
- A prática profissional do enfermeiro deve basear-se nos contributos gerados pela investigação em enfermagem/conhecimentos.

Fazendo referência ao Conselho Internacional de Enfermeiras, (International Council of Nurses [ICN], 2005) a implementação do processo de enfermagem implica habilidades e capacidades cognitivas, psicomotoras e afectivas que permitam determinar as acções e intervenções de enfermagem com base nos diagnósticos de enfermagem, para alcançar os resultados pelos quais o enfermeiro é legalmente responsável e ganhos em saúde. Estes elementos favorecem o desenvolvimento dos sistemas de classificação que permitam documentar a prática profissional.

A CIPE foi criada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros, com a finalidade de permitir uma linguagem científica e unificada, comum à Enfermagem mundial. Permite elaborar diagnósticos de enfermagem de forma padronizada e avaliar sistematicamente resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A inclusão da CIPE para a descrição dos cuidados é particularmente relevante no que respeita aos diagnósticos, às intervenções e aos resultados de enfermagem por ser uma terminologia de referência e um sistema unificador entre as diferentes linguagens classificadas de enfermagem. Permitirá no tempo a comparação de dados, a obtenção de indicadores de qualidade, a investigação e a fundamentação para a tomada de decisão política (Enfermeiros, 2007).

É uma classificação consistente mas não dependente de modelos, uma vez que sugere que a teoria de enfermagem pode ser completada pela história da prática de enfermagem. A CIPE define o fenómeno de enfermagem como o factor que influencia o estado de saúde com relevância para a prática de enfermagem. O diagnóstico de enfermagem identifica-se pela denominação, atribuída pelo enfermeiro, à decisão relativa ao fenómeno que refere o enfoque das intervenções de enfermagem. Define as intervenções de enfermagem como as acções realizadas em resposta a um diagnóstico de enfermagem, tendo em vista produzir ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, que se traduzem nos resultados obtidos com as inter-

venções de enfermagem medidas ao longo do tempo, sobre as alterações detectadas no estado do diagnóstico de enfermagem.

A necessidade de uma CIPE, fundamenta-se pelo uso crescente de sistemas de informatização nos contextos de cuidados de saúde, pela necessidade de tecnologias que apoiem a prática baseada na evidência, e ainda para a auto - regulação profissional dos enfermeiros. Os SIE têm que captar as variáveis da prática de enfermagem, enquanto relacionam o suporte à decisão com a melhoria nos processos de trabalho, originando melhores resultados em cuidados de saúde.

Na ULS de Castelo Branco, o SIE ainda não é uniforme no contexto de cuidados primários de saúde e em contexto hospitalar. Nas UCSP, a Aplicação Informática que usa a CIPE para descrever as práticas de Enfermagem designa-se SAPE, e permite caracterizar a população alvo dos cuidados, pela identificação de programas de saúde e focos de atenção. O SAPE é um instrumento que torna possível a elaboração do processo de enfermagem, e permite a visualização dos cuidados prestados assim como a continuidade dos mesmos. Assegura então a qualidade e as mudanças na prática de enfermagem, tornando ainda possível a obtenção de indicadores de saúde e indicadores de qualidade, promovendo a investigação (Moreira, 2011).

O Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), nos cuidados de saúde primários, é um módulo do programa informático SINUS (Sistema de Informação nas Unidades de Saúde), desenvolvido pelo IGIF (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde), actual ACSS (Administração Central do Sistema de Saúde), cujo objectivo é a informatização dos registos de enfermagem desenvolvidos nos Centros de Saúde (Silva & Fernandes, 2010).

1.6 ENVELHECIMENTO

O envelhecimento é um fenómeno universal, irreversível e inevitável em todos os seres vivos. Define-se como “o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida.” (DGS, 2006:5).

O envelhecimento demográfico, apreendido enquanto “fenómeno resultante do aumento da proporção do número de pessoas com mais de 60 ou 65 anos de idade (...) é um processo irreversível ao longo dos próximos anos nos países industrializados.” (Fernandes, 1997:5).

Considerado um fenómeno relevante do século XXI nas sociedades desenvolvidas, pelas suas implicações a nível sócio - económico, assim como pelas alterações que se verificam a nível individual e em novos estilos de vida.

Em Portugal, os distritos que apresentam as percentagens mais elevadas de envelhecimento são o da Guarda (25,2%), o de Castelo Branco (25,5%) e o de Portalegre (26,1); a média no Continente é de 17,2%.

De acordo com os dados dos Censos 2001, a Lardosa apresentava um índice de envelhecimento de 304,6%, os Cebolais de Cima 338,9% e Castelo Branco 168%, valores extremamente significativos em comparação com a média nacional que se encontrava nos 102%.

Esta representatividade do envelhecimento, fundamenta a relevância da nossa intervenção.

A velhice tem sido, quase sempre, considerada como um processo degenerativo, incompatível com qualquer progresso ou desenvolvimento na qual parece deixar de existir o potencial de desenvolvimento humano (Netto, 1996).

É importante ter em conta que, os idosos da atualidade são distintos dos idosos de gerações anteriores. Os limites cronológicos estabelecidos para definir as pessoas idosas são necessariamente relativos e dificilmente traduzem a dimensão biológica, física e psicológica da evolução do ser humano. A autonomia e o estado de saúde devem ser factores a ter em conta, pois afectam os indivíduos com a mesma idade de maneira diferente. Contudo, a demarcação é necessária para a descrição comparativa e internacional do envelhecimento (INE, 2002).

Várias são as definições cronológicas para o idoso; segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] é uma pessoa com mais de 65 anos, independentemente do sexo ou do estado de saúde, no entanto, em países subdesenvolvidos e, atendendo a que a idade média de vida é baixa, considera-se idoso o indivíduo com mais de 60 anos de idade.

Os avanços da ciência e a melhoria das condições sanitárias são os principais responsáveis pela transição demográfica e epidemiológica, que tem como consequência o aumento absoluto e relativo da população idosa. Esta evolução exigiu a reorganização dos serviços de saúde, de forma a melhorar a assistência prestada.

A esse respeito, aponta-se para a contradição observada na sociedade moderna. Por um lado defronta-se com o crescimento da população de idosos, por outro, adota atitudes preconceituosas em relação a eles e ao processo de envelhecimento, retardando, assim, a implementação de medidas para melhorar a qualidade de vida dos idosos.

A velhice ainda é apresentada como um fenómeno que provoca muitas contradições, sendo importante que os profissionais e a população tomem consciência de que os problemas vividos pelas pessoas idosas são, na sua maioria, provocados por influência do ambiente em que estas vivem.

Os cuidados aos idosos revestem-se de uma complexidade com características próprias e específicas, pelo que devem ser efectuados numa perspectiva holística. Segundo Berger, (1995:14) “a filosofia de intervenção que suporta a assistência de enfermagem é o respeito pelo idoso em toda a unidade, na totalidade do seu ser”. Por sua vez, e segundo Hesbeen (2001), “Cuidar da pessoa, constitui um todo coerente e indivisível, no qual todos os componentes se interligam, se interrelacionam, e no qual o que é importante e o que é secundário depende da percepção da própria pessoa que é cuidada e em função do sentido que este todo faz para a singularidade da sua vida”.

A noção de cuidados ao idoso tem evoluído lentamente, necessariamente devido ao acentuado envelhecimento da população, mas indiscutivelmente interligada à consciência individual e responsabilidade de cada profissional de saúde.

De facto, a importância atribuída ao processo de envelhecimento e a tudo o que nele está implícito, depende não só do cumprimento dos programas de saúde implementados, mas essencialmente da valorização que cada profissional de saúde lhe confere; exige respeito pelo ser humano como ser único, livre para expor os seus pontos de vista, escolher os seus comportamentos. Ao enfermeiro cabe então compreender o outro na sua singularidade, promovendo a relação interpessoal (Morais, 2001).

O processo de envelhecer com saúde prepara-se através de uma vida saudável e activa, com destaque para o “trabalho intersectorial e das actividades locais como estratégias de acção” (Alto Comissariado da Saúde, 2010) mais apropriadas para esta área. “Considera-se ainda pertinente promover estilos de vida saudáveis que permitam rentabilizar e utilizar o conhecimento e a experiência do idoso, sendo esses contributos importantes para a sociedade e, simultaneamente, factores protectores da saúde.” (Alto Comissariado da Saúde, 2010).

O parlamento Europeu aprovou o ano de 2012 como Ano Europeu do Envelhecimento Activo e da Solidariedade entre Gerações. Cabe aos Enfermeiros solidificar e fomentar a oportunidade das pessoas idosas continuarem a trabalhar e a partilharem as suas experiências, desempenhando um papel activo na sociedade e vivendo de forma mais saudável, independente e preenchida. A OMS (2002), define o envelhecimento activo como o “processo

de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento.”

1.7 QUALIDADE DE VIDA

Não é simples a definição de qualidade de vida, é um conceito complexo, subjectivo, divergente a nível individual, cultural e contextual. Está directamente relacionada com a percepção que cada indivíduo tem de si, dos outros e do ambiente que o rodeia, podendo ser avaliada mediante critérios apropriados, tais como a educação, a formação de base, a actividade profissional, as competências adquiridas, a resiliência pessoal, o optimismo, as necessidades pessoais e a saúde (Leal, 2008).

A qualidade de vida depende não só do indivíduo mas também da sua interacção com os outros e com a sociedade; segundo o World Health Organization Instrument to Evaluate Quality of Life [WHOQOL] Group (1994), citado por OMS(1998), define-se como a percepção que o indivíduo tem da sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações.

Perante as alterações epidemiológicas da população, os objectivos no atendimento de saúde passam não só por prolongar a vida, mas sim por manter e reabilitar a vida para que o indivíduo possa assegurar a sua autonomia e qualidade de vida (Silva, 2009). Para o mesmo autor, o envelhecimento bem sucedido resulta de factores multidimensionais onde estão implícitas a saúde física, mental, a independência na vida diária, aspectos económicos e psicossociais.

Perante o quadro de aumento da prevalência das doenças crónicas, o maior objectivo da prática clínica deve ser a manutenção da qualidade de vida do indivíduo, na medida em que vai ficando condicionada a capacidade deste se manter independente. Na velhice, uma vida mais saudável está directamente relacionada com a manutenção ou restauração da autonomia e independência, que “constituem bons indicadores de saúde, principalmente para a população de mais idade” (Netto, 1996:316).

Citando (Palmeirão & Menezes, s.d.:23) “urge reflectir sobre a natureza da mudança social e da necessidade de construir uma outra forma de cidadania, mais activa e participativa”. Tendo em conta que, na actualidade, o isolamento e a “economia dos afectos” (Gil J. , 2005) referido por (Palmeirão & Menezes, s.d.) representam a causa de tantos receios , é fundamental reconceptualizar na sociedade, valores como o respeito, a dignidade e a

individualidade. Impõe-se o desafio social de clarificar o estatuto da população idosa na sociedade, rompendo preconceitos e promovendo mudanças de atitude onde se insere o contacto intergeracional como “estratégia eficaz para a promoção efectiva de interajuda e de proximidade entre gerações” (Palmeirão & Menezes, s.d.:29).

2 INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA SEGUNDO O PLANEAMENTO EM SAÚDE

Com o presente relatório pretendemos descrever e reflectir sobre as actividades desenvolvidas no Estágio de Enfermagem Comunitária, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Comunitária.

O estágio insere-se num processo de aquisição e desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. O enfermeiro especialista distingue-se pelo conhecimento e aplicação da metodologia do planeamento em saúde, motivo pelo qual importa descrever todo o trabalho desenvolvido e as actividades inerentes a cada etapa do referido processo.

Durante o horizonte temporal estabelecido para a intervenção na comunidade, realizámos actividades na área da promoção de um envelhecimento saudável, dando visibilidade ao papel do enfermeiro na comunidade.

2.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Importa uma breve referência ao Diagnóstico de Situação, anteriormente realizado na população onde decorreu o estágio; o projecto de estágio e os objectivos definidos para o mesmo tiveram como ponto de partida as necessidades nele identificadas.

De acordo com o Regulamento n.º 128/2011, compete ao enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, estabelecer, “com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade”, por conseguinte “identificar as necessidades em saúde, de grupos ou de uma comunidade” (Regulamento n.º 128/2011, 2011).

No sentido de desenvolvermos essa competência, procedemos à elaboração do Diagnóstico de Situação. Identificámos os determinantes da saúde na comunidade em estudo, integrámos variáveis sócio-económicas e ambientais no reconhecimento dos principais determinantes da saúde (Regulamento n.º 128/2011, 2011). Para caracterizar a percepção de saúde e de qualidade de vida, dos idosos da amostra, foram abordadas as variáveis: consumo

de álcool, consumo de tabaco, prática de exercício físico, consumo de medicação analgésica, avaliação subjectiva de saúde, avaliação subjectiva de qualidade de vida e grau de dependência.

Para a realização do Diagnóstico de Situação e tendo em conta os vários tipos de estudos a que poderíamos recorrer, procedemos à utilização do paradigma quantitativo e optámos por um estudo descritivo, transversal e exploratório. Foi solicitada autorização para a realização do Diagnóstico de Situação, à ULS de Castelo Branco, após a qual utilizámos um instrumento de avaliação da qualidade de vida dos idosos. No período de tempo estipulado pelo grupo de trabalho, procedeu-se à recolha de dados.

Pretendemos objectivar o nível de saúde dos idosos inscritos nas extensões de saúde de Cebolais de Cima, Lardosa e num ficheiro da UCSP 2 de Castelo Branco, através da identificação dos problemas e necessidades de saúde, assim como dos factores condicionantes e determinantes da saúde e qualidade de vida.

A escolha do local de pesquisa justifica-se, pelo exercício profissional de enfermagem, de 3 dos elementos do grupo de trabalho se efectuar nestas populações. O conhecimento prévio das mesmas e a relação interpessoal estabelecida entre os enfermeiros e os indivíduos que delas fazem parte, é uma mais valia para a participação dos intervenientes na realização do estudo.

A população sobre a qual incidiu o estudo, constituída por 1100 idosos, representa o total de indivíduos com 65 ou mais anos inscritos nos ficheiros seleccionados. A amostra, constituída por 255 idosos, foi accidental, “formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num local determinado” (Fortin, 1999:208). Corresponde ao número de indivíduos abrangidos pelos critérios de inclusão, e que, no período estabelecido para a recolha de dados, conseguimos contactar, quer no Centro de Saúde quer no domicílio.

Considerámos como critérios de inclusão a idade igual ou superior a 65 anos, a disponibilidade para responder aos questionários, pertencer à lista de utentes das extensões de saúde de Cebolais de Cima e Lardosa, e de um ficheiro da UCSP 2 no Centro de Saúde de Castelo Branco, e a não institucionalização dos participantes, como critérios de exclusão os idosos com alterações mentais e os idosos com surdez.

Segundo Costa, Agreda, & al (1999), a apreciação do estado de saúde dos idosos é complexa, na medida em que decorre do conhecimento dos grupos, das suas atitudes culturais, dos estilos de vida, e tem como pressuposto essencial e individual, a necessidade de saúde. Assim, devem ter-se em consideração não só os aspectos objectivos mas também os

subjectivos, partindo do princípio de que a subjectividade se refere à percepção do idoso sobre o seu estado de saúde.

O questionário que utilizámos é constituído por quatro partes:(ANEXO I)

A primeira parte do questionário refere-se à caracterização sócio-demográfica da população e incluiu três questões abertas objectivando identificar a percepção do conceito de qualidade de vida para os idosos em estudo, e os factores que os mesmos consideram influenciá-la positiva e negativamente.

Na segunda parte utilizámos a escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF da OMS e na terceira parte, a escala de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-OLD, versão para os idosos, também da OMS.

O WHOQOL tem por base os pressupostos de que a qualidade de vida contempla a subjectividade multidimensional, e é composto por dimensões positivas e negativas. Na sua versão BREF inclui 26 questões compostas por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente (Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, & Santos L. & Pinzon, 2000).

Por fim, e na quarta parte, utilizámos o índice de Barthel para avaliação do grau de dependência para as actividades de vida diárias dos idosos estudados.

Dos 1100 que constituíam a população - alvo, 255 responderam ao questionário. Da análise dos dados salientamos 66,3% do sexo feminino e 33,7% do sexo masculino. Relativamente à variável idade a média é de 74,67 anos.

No Diagnóstico de Situação realizado, detectámos as seguintes necessidades:

- Não participação em actividades de lazer;
- Sedentarismo;
- Alterações do Sono;
- Solidão;
- Doenças crónicas (hipertensão arterial, osteoporose, problemas cardiovasculares, diabetes) e desconhecimento das complicações das suas patologias;
- Alcoolismo;
- Tabagismo
- Desconhecimento dos parâmetros considerados para um ambiente seguro;
- Toma frequente de medicamentos para a dor;
- Sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão;
- Alterações sensoriais;

No diagnóstico de situação verificámos ainda a associação significativa entre a percepção de Qualidade de Vida e as variáveis:

- ✓ “Com quem vive”;
- ✓ “Estado civil”
- ✓ “Ter dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades”;
- ✓ “Grau de mobilidade”;
- ✓ “Satisfação com a saúde”;
- ✓ “Grau de dependência”;
- ✓ “Satisfação com a vida”;
- ✓ “Capacidade de desempenho para as actividades diárias”;
- ✓ “Oportunidade de participar em actividades na comunidade”;
- ✓ “Satisfação com as relações inter-pessoais”;
- ✓ “Depressão”.

Assim foi possível conhecer os determinantes da saúde na comunidade em estudo, “identificar os determinantes dos problemas em saúde de grupos ou de uma comunidade” e “identificar as necessidades em saúde de grupos ou de uma comunidade” (Regulamento n.º 128/2011).

De acordo com as necessidades e problemas identificados no Diagnóstico de Situação elaborámos um Projecto de Estágio para o qual foram definidos objectivos claros, simples e exequíveis no tempo estabelecido para a intervenção comunitária. (APÊNDICE I)

2.2 DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES

Segundo os dados do Diagnóstico de Situação e em consonância com as orientações estratégicas e intervenções necessárias do PNS 2004-2010, considerámos fundamental reforçar as acções de promoção da saúde. Os enfermeiros, nas consultas de enfermagem devem “identificar oportunidades para corrigir estilos de vida pouco saudáveis, como o consumo excessivo de álcool, o tabagismo e os hábitos alimentares inadequados” ([MS], 2004:107) , promover “a prática regular de actividade física e o controlo dos factores de stress” ((DGS), 2006:9). Por conseguinte, concebemos intervenções que nos permitissem actuar sobre factores em que detemos um maior controlo.

No estágio, utilizámos como critérios para a definição de prioridades, a magnitude e a vulnerabilidade (Imperator & Giraldez, 1993) ,(Tavares, 1990). A magnitude, caracteriza o

problema pela sua dimensão, pelas necessidades em saúde mais significativamente manifestadas pela população alvo da intervenção, no Diagnóstico de Situação; a vulnerabilidade que, correspondendo à possibilidade de prevenção segundo a tecnologia actual disponível na área, pretende utilizar os recursos onde estes produzem maior efeito (Imperatori & Giraldes, 1993); a importância da promoção da saúde para melhorar a qualidade de vida e minimizar os problemas identificados no diagnóstico de situação, através da educação para a saúde na promoção de um envelhecimento saudável e na manutenção da independência durante o maior tempo possível. Considerámos então prioritária a promoção de estilos de vida saudáveis. Atendendo ao tempo limitado para a intervenção comunitária, decidimos abordar a alimentação saudável, o exercício físico, a autonomia, a prevenção de quedas e de acidentes domésticos, a solidão, a promoção de um ambiente seguro, o convívio intergeracional, visto terem sido os problemas mais evidentes na população em estudo.

2.3 FIXAÇÃO DE OBJECTIVOS

Tendo por base os conhecimentos adquiridos nas Unidades Curriculares leccionadas nos semestres anteriores e, orientados pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, definimos objectivos para o estágio de intervenção comunitária, em consonância com as necessidades em saúde identificadas na população alvo da intervenção, no sentido de desenvolver e aplicar competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Foram definidos os seguintes objectivos para o estágio de intervenção comunitária:

Objectivo geral:

- Contribuir para um envelhecimento saudável dos idosos inscritos nos ficheiros das extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 do Centro de Saúde de Castelo Branco, até 30 de Junho de 2011.

Objectivos específicos:

- Desenvolver actividades no âmbito do envelhecimento saudável, de acordo com as necessidades identificadas no Diagnóstico de Situação, nas extensões de saúde de Cebolais de Cima, de Lardosa e de um ficheiro da UCSP2 do centro de saúde de Castelo Branco, até 30 de Junho de 2011;

- Avaliar a satisfação dos idosos, participantes nas sessões de educação para a saúde realizadas, face à pertinência das actividades desenvolvidas, no âmbito do envelhecimento saudável, até 30 de Junho de 2011;
- Promover a articulação intersectorial, em Cebolais de Cima e Lardosa, para a inclusão social dos idosos, até 30 de Junho de 2011;
- Promover o papel do Enfermeiro em Enfermagem Comunitária, junto dos idosos, e população em geral, em Cebolais de Cima e Lardosa, até 30 de Junho de 2011.

Para avaliar a consecução dos objectivos definidos, estabelecemos os seguintes indicadores:

- Realizar 1 sessão de educação para a saúde em cada freguesia do estudo;
- Distribuir 1 folheto a cada participante nas sessões de educação para a saúde;
- Implementação da consulta de Enfermagem no âmbito da Saúde do Idoso, no local de estágio;
- Fazer levantamento dos idosos que residem sozinhos;
- Contactar pelo menos 80% dos idosos, que vivem sozinhos;
- Realizar sessão de educação para a saúde, com os idosos e os alunos do Jardim de Infância e escola do 1º ciclo do ensino básico;
- Aplicação dos questionários a todos os idosos participantes nas sessões de educação para a saúde;
- Que 80% dos questionários preenchidos para avaliação da satisfação das sessões de educação para a saúde, apresentem a classificação de BOM.
- Realizar uma sessão para divulgar o Diagnóstico de Situação “Qualidade de Vida dos Idosos”, nas freguesias onde incidiu o estudo.
- Adesão de todos os parceiros sociais contactados;
- Realizar uma sessão de educação para a saúde (Convívio Intergeracional), com as crianças do Jardim de Infância, e respectivos avós.

2.4 SELECÇÃO DE ESTRATÉGIAS

De acordo com as necessidades identificadas no Diagnóstico de Situação, e em consonância com as prioridades estabelecidas nos Programas de apoio ao idoso, estabelecemos as estratégias de intervenção.

Tivemos por base, a promoção de um envelhecimento activo, ao longo de toda a vida; uma maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e a promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

Os serviços de saúde, nomeadamente os cuidados de saúde primários, têm o enorme desafio e responsabilidade de implementar e melhorar estratégias de intervenção comunitária, no sentido de mobilizar respostas que satisfaçam as necessidades específicas da população idosa. Recorremos à Promoção da Saúde para abordar as necessidades em saúde e os problemas identificados no Diagnóstico de Situação, como estratégia para promover a adopção de estilos de vida saudáveis, no sentido de minimizar o impacto dos problemas na qualidade de vida dos idosos em estudo. Baseámos a nossa intervenção na Teoria da Aprendizagem Social, que se fundamenta no pressuposto de que o comportamento é determinado pelas expectativas e pelos incentivos/esforços (Russel, 1996). Este modelo tem sido aplicado para a modificação dos comportamentos relativos ao estilo de vida o que implica mudanças a longo prazo.

A teoria sócio - cognitiva de Bandura (1977) preocupa-se com a aprendizagem que tem lugar no contexto de uma situação social e sugere que uma parte significativa daquilo que o sujeito aprende resulta da imitação, modelagem ou aprendizagem observacional (Cruz, 1997). A aprendizagem social também é influenciada pelo auto-conhecimento. Deste modo, os padrões que estabelecemos para nós mesmos e a confiança que temos na nossa capacidade para os cumprir, influenciam a nossa disposição para aprender. Utilizámos a exemplificação e as demonstrações para reforçar a aprendizagem.

A capacidade funcional, determinante para a independência do idoso, constitui “a capacidade de o indivíduo realizar as suas actividades físicas e mentais necessárias para manutenção das suas actividades básicas” (Silva, 2009:36). A incapacidade traduz-se em vulnerabilidade e dependência na velhice, e consequentemente na diminuição do bem-estar e da qualidade de vida dos idosos (Alves, Leite, & Machado, 2008), referidos por Silva, (2009). Impôs-se então a necessidade de intervirmos nos comportamentos relacionados com os estilos de vida, como a alimentação, o sedentarismo, o tabagismo, o consumo de bebidas alcoólicas, a gestão do stress, a prevenção de quedas, a solidão.

Atendendo ao tempo disponível para a intervenção na comunidade estabelecemos como estratégia, recorrer à educação para a saúde, atribuindo prioridade sobre as necessidades identificadas no Diagnóstico de Situação, mais especificamente sobre as quais temos maior controlo. Abordámos essencialmente os estilos de vida saudáveis e os seus benefícios, assim como os factores determinantes para a manutenção ou recuperação da capacidade funcional e da autonomia.

Nesta etapa do Planeamento em Saúde, a análise de custo - benefício e os recursos disponíveis, foram determinantes para a nossa tomada de decisão. (Tavares, 1990) Tendo em conta o tempo para a intervenção, o número limitado de elementos, a exercerem funções em locais e horários distintos, a necessidade de conciliar horários de disponibilidade dos elementos e de pertinência de intervenção, definimos como estratégia principal a realização de sessões de educação para a saúde nos Cebolais de Cima e na Lardosa, atendendo à menor acessibilidade destas populações, rurais, assim como pela maior facilidade de conciliar todos os factores referidos. O conhecimento prévio dos ficheiros clínicos e das populações da Lardosa e dos Cebolais de Cima, foi a estratégia utilizada para promover e divulgar o projecto de intervenção, assim como todas as actividades desenvolvidas no âmbito do mesmo.

Para alicerçar a nossa intervenção na comunidade, considerámos importante abranger o maior número de pessoas e extrapolar a intervenção para toda a população, não só para os idosos. A relevância da interacção geracional e da coesão social para a desmistificação do envelhecimento e integração dos idosos na sociedade, determinaram a inclusão de todos os grupos da população, na nossa intervenção. Considerámos importante enfatizar a participação activa dos idosos nas sessões realizadas.

A elaboração de folhetos informativos foi uma estratégia utilizada para difundir a informação e educação além dos participantes nas sessões.

Considerámos pertinente e adequada a colaboração de parceiros sociais para aumentar a aceitabilidade da população face ao projecto. Assim, determinámos convidar a fisioterapeuta a exercer funções no Centro Social Amigos da Lardosa, no sentido de apelar à participação da comunidade, com a exemplificação de uma classe de movimentos, após as sessões de educação para a saúde. Com esta estratégia promovemos a importância da actividade física e desmistificámos a impossibilidade dos idosos efectuarem exercício físico. Foi também nossa estratégia divulgar e promover o projecto implementado pela fisioterapeuta, na Lardosa, designado classe de movimentos. Também se disponibilizou a colaborar na sessão de educação para a saúde a realizar nos Cebolais de Cima.

Nas reuniões efectuadas pelo grupo de trabalho, decidimos comprar garrafas de água para distribuir na sessão de educação nos Cebolais de Cima e no Encontro Convívio “Interacção Geracional” a realizar no infantário dos Cebolais de Cima, recurso material considerado necessário após a realização da classe de movimentos e aula de ginástica.

Como forma de maximizar os recursos financeiros, e com o objectivo de agradecer a participação, solicitámos apoio a uma empresa regional de produtos lácteos, a Danone, no sentido de nos providenciar iogurtes para distribuir na sessão de educação para a saúde realizada na Lardosa, com a contrapartida de divulgarmos a empresa. Nos posters e convites realizados para a divulgação da sessão, foi mencionado o patrocínio da referida empresa, que nos disponibilizou iogurtes líquidos para distribuir aos participantes.

Atendendo a que as necessidades identificadas com o diagnóstico de situação se enquadram na necessidade de adoptar estilos de vida saudáveis, pelo sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, dificuldade em considerar um ambiente seguro, existência de doenças crónicas e desconhecimento das complicações das mesmas, e a não participação em actividades de lazer ou da comunidade, fazia todo o sentido incluir nos conteúdos programáticos os estilos de vida promotores de um envelhecimento saudável, a prevenção de quedas e de acidentes domésticos e as doenças crónicas e prevenção de suas complicações.

Para avaliarmos a satisfação dos idosos face à pertinência das actividades desenvolvidas, no âmbito do envelhecimento saudável utilizámos como estratégia de intervenção, elaborar um questionário de avaliação da satisfação dos idosos e aplicá-lo no final de cada actividade.

Para a divulgação da nossa intervenção na comunidade, realizámos uma entrevista, posteriormente transmitida na rádio local Beira Interior. A participação no 1º Encontro de Economia Social e Solidariedade, que decorreu no dia 4 de Junho de 2011, em Lourical do Campo, localidade onde também exercemos a prática de enfermagem, foi estratégica para promover o papel do enfermeiro na comunidade. A nossa participação, foi divulgada no programa do Encontro (ANEXO I), através da comunicação social e rádios locais. No referido Encontro tivemos oportunidade de divulgar o Diagnóstico de Situação, realizado previamente ao estágio, assim como a importância do Enfermeiro na Comunidade.

Importa realçar que no Diagnóstico de Situação identificámos 27% dos idosos a viver sozinhos, e que a solidão é referida como um factor determinante, de forma negativa na qualidade de vida. Perante esta realidade considerámos adequada a estratégia de fazer o levantamento dos idosos que vivem sozinhos e contactá-los por telefone ou por visita domiciliária, por forma a minimizar os problemas relacionados com a solidão, através de

apoio e acompanhamento psicológico, assim como orientação para grupos de suporte sempre que necessário.

Para a apresentação das sessões de educação para a saúde e para a divulgação dos resultados do Diagnóstico de Situação, recorreremos ao método expositivo, através de apresentação em power-point, técnica que permite captar a atenção dos participantes e sintetizar a informação disponibilizada.

Conscientes da diversidade de estratégias a que poderíamos recorrer, com recursos escassos, optámos pelas descritas, pressupondo “a sua realização atendendo à utilidade e vantagem de outras estratégias, também com custos determinados, mas a que se renuncia.” (Tavares, 1990:150) O conceito de “custo de oportunidade, é um dos mais importantes da selecção de estratégias, tomadas de decisão e do próprio processo de Planeamento.” (Tavares, 1990:150).

2.5 PREPARAÇÃO DA EXECUÇÃO

Na implementação do projecto de intervenção, diligenciámos para que, as intervenções concebidas fossem, exequíveis, coerentes e articuladas, correspondendo aos objectivos definidos para o estágio, em consonância com as necessidades identificadas no Diagnóstico de Situação. (Regulamento n.º 128/2011)

No decurso do processo de Planeamento em Saúde, “é necessário planear operacionalmente a execução do projecto.” (Tavares, 1990:165), ou seja, especificar as actividades “definidas em função dos objectivos operacionais estabelecidos” (Tavares, 1990:165).

Foram efectuadas reuniões, pelo grupo de trabalho do projecto, no sentido de preparar todas as actividades e distribuir tarefas. Elaborámos planos de sessão para as sessões de educação para a saúde programadas, que a seguir apresentamos, respectivamente para a sessão de educação para a saúde realizada na Lardosa, no dia 30 de Maio de 2011, oportuna para celebrar o mês do coração, sessão de educação para a saúde realizada no dia 15 de Junho de 2011, nos Cebolais de Cima e, Encontro Convívio Intergeracional realizado no dia 25 de Maio nos Cebolais de Cima.

Para as sessões de educação para a saúde, Qualidade de Vida/ Estilos de Vida Saudáveis, realizámos uma apresentação em power-point (APÊNDICE I), onde abordámos a alimentação saudável, o exercício no idoso, seus benefícios, características no idoso, actividades realizáveis pelo idoso, contraindicações; prevenção de quedas e acidentes.

Elaborámos folhetos informativos sobre prevenção de acidentes domésticos em pessoas idosas, alimentação saudável na terceira idade, exercício físico.

Para a realização de todas as actividades e participação em actividades organizadas por outros parceiros sociais, estabelecemos parcerias com diversas entidades e instituições no sentido de facilitar a implementação do nosso projecto de estágio. Entre elas, temos a salientar as Juntas de Freguesia das populações onde efectuamos a intervenção comunitária, a Fisioterapeuta a exercer a prática profissional na Lardosa, o professor de Ginástica do Jardim de Infância dos Cebolais de Cima, a rádio local Beira Interior, o Centro de Dia de Louriçal do Campo, a Danone.

Seguidamente, apresentamos então, os planos de sessão elaborados:

Plano de Sessão	
-----------------	--

Acção: ENCONTRO CONVÍVIO INTERGERACIONAL

Local: Salão Jardim de Infância de Cebolais de Cima

Duração: 60 minutos

Equipa responsável: Enfermeiras Ana Luísa Martins, Ana Sofia Figueira, Filomena Rodrigues, Leonor Brazão, Maria Manuela Sebastião e Sónia Catana

Destinatários: Crianças e Avós das Crianças do Jardim Infantil de Cebolais de Cima,
Unidade Social de Saúde de Cebolais de Cima

Idosos do Centro de Dia de Cebolais de Cima

Parcerias: Professor de Educação Física, Educadoras e Auxiliares do Jardim de Infância de Cebolais de Cima, Professora de aeróbica, Auxiliares do Centro de Dia de Cebolais de Cima.

Objetivos:

- ✓ Promover a adopção de Estilos de Vida Saudáveis;
- ✓ Promover a importância da participação em actividades de lazer ou da comunidade;
- ✓ Promover a valorização da pessoa idosa;
- ✓ Promover o relacionamento entre diferentes gerações.

Conteúdos	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos didáticos	Avaliação	Duração
- Aula de aeróbica -Distribuição de folhetos informativos sobre alimentação saudável, exercício físico e prevenção de quedas.	- Método Expositivo e demonstrativo	- Enfermeiras -Professora de Aeróbica - Sistema Hi-Fi para música -Máquina Fotográfica -Salão do Infantário -Folhetos informativos - Garrafas de água	Participação das crianças que frequentam o Jardim de Infância de Cebolais de Cima, e respectivos avós.	60 minutos

Plano de Sessão				
<p>ACÇÃO: QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS</p> <p>LOCAL: Edifício da “Casa do Povo” da Lardosa</p> <p>DURAÇÃO: 60 minutos DATA: 30 de Maio de 2011</p> <p>EQUIPA RESPONSÁVEL: Enfermeiras Ana Luísa Martins, Ana Sofia Figueira, Filomena Rodrigues, Leonor Brazão, Maria Manuela Sebastião e Sónia Catana</p> <p>DESTINATÁRIOS: Comunidade da Lardosa; Alunos, Professores e Auxiliares da Escola do Ensino Básico da Lardosa.</p> <p>PARCERIAS: Fisioterapeuta Ana Cunha</p> <p>OBJECTIVOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a adopção de Estilos de Vida Saudáveis; ✓ Promover a aprendizagem para a manutenção de um ambiente seguro; ✓ Promover a interacção Geracional; ✓ Promover a autonomia das pessoas idosas; ✓ Sensibilizar a comunidade para a importância do enfermeiro na promoção da saúde; 				
Conteúdos	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos didácticos	Avaliação	Duração
<p>- Estilos de vida saudáveis: (alimentação saudável, actividade física, prevenção de quedas)</p> <p>- Demonstração de Classe de Movimentos</p>	<p>- Método Expositivo e demonstrativo</p>	<p>- Enfermeiras</p> <p>- Fisioterapeuta</p> <p>- Computador</p> <p>- Datashow</p> <p>-Salão da Junta de Freguesia</p> <p>- Folhetos informativos</p> <p>- Garrafas de água</p>	<p>Questionário de avaliação da sessão, em que 80% a classifiquem com bom.</p>	<p>60 minutos</p>

Plano de Sessão				
<p>Acção: QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS</p> <p>Local: Salão da Junta de Freguesia de Cebolais de Cima</p> <p>Duração: 60 minutos Data: 15 de Junho de 2011</p> <p>Equipa responsável: Enfermeiras Ana Luísa Martins, Ana Sofia Figueira, Filomena Rodrigues, Leonor Brazão, Maria Manuela Sebastião e Sónia Catana</p> <p>Destinatários: Idosos de Cebolais de Cima</p> <p>Parcerias: Fisioterapeuta Ana Cunha</p> <p>Objectivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover a adopção de Estilos de Vida Saudáveis; ✓ Promover a aprendizagem para a manutenção de um ambiente seguro; ✓ Promover a autonomia das pessoas idosas; ✓ Sensibilizar a comunidade para a importância do enfermeiro na promoção da saúde; 				
Conteúdos	Métodos e técnicas pedagógicas	Recursos didácticos	Avaliação	Duração
<p>- Estilos de vida saudáveis: (alimentação saudável, actividade física, prevenção de quedas)</p> <p>- Demonstração de Classe de Movimentos</p>	<p>- Método Expositivo e demonstrativo</p>	<p>- Enfermeiras</p> <p>- Fisioterapeuta</p> <p>- Computador</p> <p>- Datashow</p> <p>-Salão da Junta de Freguesia</p> <p>- Folhetos informativos</p> <p>- Garrafas de água</p>	<p>Questionário de avaliação da sessão em que 80% a classifiquem com bom.</p>	<p>60 minutos</p>

2.6 ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS

2.6.1 Encontro convívio “interacção geracional”

É possível controlar e reduzir o impacto negativo das perdas desenvolvimentais que possam decorrer com o envelhecimento, adoptando medidas preventivas, entre as quais se distingue: “evitar o isolamento e promover a ligação aos outros, dentro e fora da família, através da interacção, da comunicação, e da relação preferencialmente intergeracional”(Fonseca, 2006:189).

Pelo referido, considerámos importante realizar um encontro convívio intergeracional, em parceria com o Jardim de Infância dos Cebolais de Cima, assim como incentivar a participação dos idosos nas actividades desenvolvidas, motivando e estimulando a aprendizagem. O principal objectivo deste encontro foi, divulgar a importância da actividade física na terceira idade e demonstrar como é possível fazê-lo com os mais novos. Para o efeito, convidámos os avós das crianças que frequentam o Jardim de Infância, a participar nesta actividade (APÊNDICE I).

O encontro foi realizado no dia 25 de Maio de 2011, com a participação das crianças que frequentavam o Jardim de Infância e respectivos avós, também participaram os funcionários da respectiva instituição e, a Professora de ginástica proporcionou a todos os presentes, uma aula de aeróbica, extremamente divertida e participativa, por parte de todos os intervenientes, que retratamos em fotografias no (APÊNDICE I), apresentado em suporte de CD.

2.6.2 Sessões de Educação para a Saúde: Estilos de Vida Saudáveis

Para a concretização do objectivo específico de desenvolver actividades no âmbito do envelhecimento saudável, de acordo com as necessidades identificadas nos idosos, programámos e realizámos duas sessões de educação para a saúde sobre o tema “Qualidade de Vida dos Idosos – Estilos de Vida Saudáveis” na Lardosa, no dia 30 de Maio de 2011, e em Cebolais de Cima, no dia 15 de Junho de 2011.

Os principais conteúdos abordados nas sessões de educação para a saúde foram a alimentação saudável, a autonomia, o exercício físico e a prevenção de quedas e de acidentes domésticos.

A divulgação das sessões foi efectuada através da afixação de um programa convite (APÊNDICE I), em locais e estabelecimentos públicos, com a autorização dos proprietários e anunciadas pelo pároco das aldeias na eucaristia. Também foram distribuídos convites aos utentes, na extensão de saúde. Foram ainda convidados os funcionários e alunos do Ensino

Pré-Escolar e 1ª Ciclo do Ensino Básico com o objectivo de promover a coesão e integração social, assim como a partilha de experiências entre gerações. Por outro lado pretendemos com esta articulação estimular nos mais novos o apoio e o envolvimento com e aos idosos e transmitir a importância de desenvolver estilos de vida saudáveis em todo o ciclo de vida como forma de melhorar substancialmente a qualidade de vida.

Mesmo que iniciada numa idade mais avançada, a actividade física tem um contributo relevante para um envelhecimento saudável, melhorando e mantendo a qualidade de vida e a independência das pessoas idosas; além de ser benéfica na prevenção de doenças crónicas, melhora o equilíbrio, a força muscular, a flexibilidade, a resistência, o controlo motor, as funções cognitivas e a saúde mental (PORTUGAL, 2006).

Pelo referido, no final de cada sessão, e com a colaboração de uma fisioterapeuta, foi realizada e exemplificada uma sessão de classe de movimentos, apelando à importância da actividade física para o bem - estar e como auxílio na manutenção e recuperação da capacidade funcional do idoso.

Após a realização das sessões, foram aplicados questionários de avaliação da satisfação da sessão (APÊNDICE I) a todos os participantes, e foram distribuídos folhetos informativos, sobre actividade física na terceira idade (APÊNDICE I), alimentação saudável na terceira idade (APÊNDICE I), e prevenção de quedas e acidentes domésticos (APÊNDICE I), no sentido de reforçar a informação proporcionada e alargá-la além do universo de participantes nas sessões.

Nas reuniões, efectuadas pelo grupo de trabalho responsável pelo projecto, foram definidos calendários para a implementação do projecto e foram distribuídas responsabilidades de acordo com a disponibilidade e possibilidade de cada elemento.

2.6.3 Folhetos

A Educação para a Saúde implica transmitir informação de forma compreensível para a população. Das estratégias potencialmente utilizadas, a informação providenciada através de folhetos informativos, permite abranger um maior número de destinatários. Reflectindo acerca das características inerentes ao enfermeiro em Educação para a saúde, considerámos então pertinente a elaboração de folhetos com informação clara e sucinta, sobre os conteúdos programáticos abordados nas sessões de educação para a saúde (prevenção de quedas e acidentes domésticos nas pessoas idosas, exercício físico, alimentação saudável).

2.6.4 Comunicação em Programa de Rádio

Os meios de comunicação social são fundamentais para abranger um maior número de indivíduos na divulgação de intervenções. A promoção de intervenções de enfermagem, junto da comunidade, utilizando os meios de comunicação disponíveis, potencia a dignificação da profissão assim como o reconhecimento do papel do enfermeiro na sociedade. A representação social da enfermagem, não corresponde à sua importância, pelo que uma das estratégias fundamentais e adequada à actualidade, é a divulgação da profissão, dos seus saberes e da sua importância junto dos media e da comunidade.

A fim de promover o papel do Enfermeiro em Enfermagem Comunitária e, com a colaboração do Enfermeiro responsável, da rádio da ULS de Castelo Branco, foi realizada uma entrevista, posteriormente transmitida na rádio Beira Interior (APÊNDICE I), no programa «Saúde em Questão», onde o grupo divulgou o trabalho desenvolvido no âmbito do mestrado em enfermagem, e a intervenção na comunidade.

2.6.5 Identificação dos idosos que vivem sozinhos

Um dos principais factores determinantes de fragilidade nos idosos é a solidão. Este sentimento “surge como o principal aspecto na problemática relativa à satisfação de vida e ao bem-estar psicológico, independentemente do contexto”(Fonseca, 2006:147) em que vive o idoso.

Segundo Neto (2000: 322), a solidão é “...uma experiência comum e é um sentimento penoso que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que temos.”

A prevenção das doenças, retardando o seu aparecimento ou atenuando a sua gravidade, é uma componente fundamental do envelhecimento saudável. Dos vários aspectos relacionados com a prevenção das doenças temos a salientar a solidão, identificada pela nossa comunidade como uma influência negativa na sua qualidade de vida.

Assim, e indo ao encontro do Programa Nacional de Saúde Para as Pessoas Idosas, insere-se no âmbito das responsabilidades do enfermeiro a prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas idosas.

Na extensão de saúde da Lardosa, através do programa SINUS (Sistema de Informação para as Unidades de Saúde) e pelo conhecimento prévio como enfermeiras de família, foram sinalizados todos os idosos que vivem sozinhos. Foram identificados 85 idosos a viverem sozinhos, dos quais conseguimos efectuar contacto apenas com 79, os restantes estavam

ausentes por hospitalização ou, temporariamente a residir com filhos noutras localidades. Nos idosos que contactámos, foi efectuada recolha de dados sobre as necessidades manifestadas pelos mesmos, foram identificados os apoios a que recorriam, sendo que 25 usufruem de apoio por parte dos filhos e centro de dia. O apoio disponibilizado pelo centro de dia inclui, cuidados de higiene, alimentação, higiene da habitação, tratamento de roupas e acompanhamento dos idosos às consultas ou recorrências ao Hospital, quando solicitado. Foram todos contactados no sentido de fortalecer a relação de ajuda, identificar vulnerabilidades e necessidades de intervenção e efectuado encaminhamento e articulação com outros sectores e parceiros sociais, a fim de satisfazer as necessidades manifestadas pelos idosos em causa.

Denota-se, em consonância com o diagnóstico de situação que, a solidão interfere negativamente na qualidade de vida dos idosos, a satisfação das actividades de vida diárias não consegue colmatar o apoio emocional e psicológico, tão fundamental para o bem-estar.

2.6.6 Organização da Consulta de Enfermagem no âmbito do Programa de Saúde do Idoso

Para contextualizar a abordagem dos Sistemas de Informação em Enfermagem, e a Consulta de Enfermagem no âmbito do Programa de Saúde do Idoso, parece-nos pertinente fazer uma breve caracterização da realidade onde exercemos a prática de enfermagem.

O Agrupamento de Centros de Saúde da Beira Interior Sul, integrado na ULS de Castelo Branco, é constituído por cinco UCSP, divididas por áreas de abrangência geográfica mais limitadas. A extensão de saúde da Lardosa, onde também exercemos funções, integra a UCSP 5 de Alcains. Nesta extensão de saúde, a população idosa, com mais de 65 anos de idade, representa 34,9% do total de utentes inscritos na mesma.

A equipa de recursos humanos da extensão de saúde da Lardosa é constituída por uma enfermeira, uma administrativa e um médico. A enfermeira presta cuidados globais de saúde na extensão de saúde, a funcionar no edifício da, em tempos designada “Casa do Povo”, actual Junta de Freguesia, cuja gestão é efectuada em parceria com a ULS de Castelo Branco. Na prestação de cuidados de enfermagem estão implícitas as seguintes áreas de intervenção: Saúde Infantil, Saúde Materna, Planeamento Familiar, Rastreio Oncológico, Saúde do Adulto, Saúde do Idoso, Saúde Escolar, Diabéticos, Hipertensos, Podologia, Vacinação, cuidados nas áreas de Prevenção Secundária e Terciária, Visitações Domiciliárias, Apoio aos utentes inscritos no Centro de Dia, Apoio Psicológico e Emocional, com o princípio fundamental de respeito pela individualidade e singularidade de cada indivíduo.

O registo dos cuidados de enfermagem é efectuado através do SAPE, SIE já referido no relatório, no entanto, o agendamento de consultas e alguns registos, nomeadamente a vacinação têm que ser efectuados no programa SINUS.

O espaço físico destinado aos cuidados de saúde é constituído por uma sala de espera, um gabinete de enfermagem, um gabinete médico, um gabinete para a administrativa e duas casas de banho. Aguardamos algumas obras de remodelação, por nós solicitadas, no sentido de adequar o espaço físico aos direitos de conforto e qualidade no atendimento aos indivíduos, famílias e comunidade.

O atendimento à população da Lardosa, na extensão de saúde, é efectuado três dias por semana no entanto, sempre que necessário ou solicitado, os utentes têm acesso aos cuidados de enfermagem todos os dias da semana. As visitas domiciliárias programadas e planeadas pela enfermeira para promoção da saúde ou solicitadas pelos utentes ou prestadores de cuidados, são efectuadas de acordo com as necessidades específicas identificadas em cada situação.

Segundo (Netto, 1996), na assistência em enfermagem a metodologia é a actividade que possibilita identificar, planear, executar e avaliar os cuidados de enfermagem, de forma individualizada. Segundo o mesmo autor que cita (Campedelli), “a Consulta de Enfermagem é uma actividade implícita nas funções da enfermeira, que, usando sua autonomia profissional, assume a responsabilidade quanto à acção de enfermagem a ser determinada frente aos problemas detectados e a estabelecer a intervenção de enfermagem”

A consulta de enfermagem, inclui o levantamento de dados, com uma avaliação inicial, a caracterização do indivíduo, hábitos de vida, auto-percepção da saúde, problemas de saúde, medicamentos em uso, internamentos e quedas ocorridas, factores de influência das quedas, a imunização, entre outros aspectos. É uma actividade sistematizada, que implica uma sequência dinâmica de etapas que direccionam as acções de enfermagem para a satisfação das necessidades de saúde do idoso e da comunidade. Está direccionada para a resolução do problema que motivou a consulta e para o estabelecimento de um vínculo terapêutico com o idoso, visando a educação para a saúde.

Por tudo o que fazemos e pelo que falta fazer, é fundamental que, a título pessoal, institucional, comunitário, organizacional e político se incorpore e compreenda que, nos cuidados de saúde na comunidade, a realização de actividades de enfermagem na consulta, as deslocações aos domicílios, as visitas domiciliárias, as actividades de educação para a saúde, os projectos de intervenção ou articulação intersectorial, exigem tempo, muito tempo, o tempo necessário e desejável para além do tempo da prestação directa de cuidados.

Aqui se insere o verdadeiro drama da enfermagem. Apesar da motivação, empenho e investimento pessoal, no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, é crucial que, a nível político, organizacional e institucional se reconheça a importância dos mesmos em cuidados de saúde primários e nos sejam atribuídas condições para aplicarmos as competências que adquirimos.

No sentido de participar e estabelecer compromisso nos processos de tomada de decisão no âmbito da concepção, implementação e avaliação dos programas de saúde, para o qual nos consideramos capacitadas, tomámos a iniciativa e organizámos na nossa área de abrangência de cuidados, ou seja nos ficheiros pertencentes à comunidade em que intervimos, a consulta de enfermagem, através do programa de saúde do idoso parametrizado no SAPE, SIE em vigor na nossa instituição conforme o descrito no capítulo da organização da consulta de enfermagem no âmbito do Programa de Saúde do Idoso.

No período de tempo em que decorreu o estágio, a todos os indivíduos com mais de 65 anos que solicitaram cuidados de enfermagem foi efectuada a consulta de enfermagem, activando no SAPE o contacto do utente com o Programa de Saúde do Idoso associado. Consoante as necessidades manifestadas pelos utentes e identificadas pelo enfermeiro foi efectuado o diagnóstico de enfermagem, atribuindo fenómenos de enfermagem. De seguida foram planeadas as intervenções de enfermagem e registadas as actividades no plano de trabalho. Foi efectuado o mesmo procedimento para os contactos por visitação domiciliária, especificando, no SAPE, o domicílio como local de contacto da consulta de enfermagem.

A inclusão da CIPE® para a descrição dos cuidados é particularmente relevante no que respeita aos diagnósticos, às intervenções e aos resultados de enfermagem, por ser uma terminologia de referência e um sistema unificador entre as diferentes linguagens classificadas de enfermagem. O que permitirá, no tempo, a comparação de dados, a obtenção de indicadores de qualidade, a investigação e a fundamentação para a tomada de decisão política.

O domínio de intervenções iniciadas pela prescrição do enfermeiro constitui a essência do modelo de SIE.

Apesar da solicitação de reunião com o Enfermeiro Director da ULS de Castelo Branco, apresentada num documento do APÊNDICE I, no sentido de proceder à parametrização no SAPE, para a implementação da Consulta de Enfermagem no âmbito da Saúde do Idoso, na ULS de Castelo Branco, e obter autorizações necessárias para intervir a esse nível, por motivos alheios à nossa vontade não foi exequível tal actividade. Foi de certa forma adiada tendo em conta as constantes mutações na gestão dos cuidados e limitações impostas pela mesma,

partindo do princípio que as directrizes apontam para a resposta de enfermagem às necessidades imediatas e emergentes da população, descurando a implementação de intervenções na área da promoção da saúde de exclusiva competência e abrangência da enfermagem.

2.6.7 1º Encontro de Economia Social e Solidariedade

O Plano de Acção Internacional sobre o Envelhecimento apela, a uma “Cultura para a Ancianidade” (ONU, 2002) e defende medidas que visam essencialmente “fortalecer a solidariedade mediante a equidade e a reciprocidade entre as gerações”, referindo a participação como estratégia fulcral. Para tal efeito, sugere medidas entre as quais se inclui “maximizar as oportunidades de manter e melhorar as relações inter-geracionais nas comunidades locais, entre outras coisas, facilitando a realização de reuniões para todas faixas etárias e evitando a segregação geracional;” (ONU, 2003) Assim, e atendendo a que em Portugal é um processo em construção, urge trabalhar para “activar a participação” (Palmeirão & Menezes, s.d.).

Das várias medidas recomendadas pelo Plano de Acção Internacional sobre o Envelhecimento, importa salientar a participação activa das pessoas idosas na sociedade e no desenvolvimento. “A participação em actividades sociais, económicas, culturais (...)” contribui para o bem-estar. Por sua vez, “As organizações de idosos constituem um meio importante para facilitar a participação mediante a realização de actividades de promoção e o fomento da interação entre as gerações” (ONU, 2003)

Assim, considerámos uma mais valia, o convite para participar no 1º Encontro de Economia Social e Solidariedade “ENTRE GERAÇÕES” que se realizou no dia 4 de Junho de 2011, no Lourçal do Campo, localidade pertencente à área de abrangência do projecto, e organizado pelo Centro de Dia e Social de São Bento.

O convite foi efectuado pela Assistente Social da instituição, que, pela relação de entreejuda que mantemos, mas também pela adequação e pertinência da nossa intervenção, se congratulou com a nossa participação.

De acordo com os objectivos definidos no projecto de estágio e não sendo uma actividade planeada, foi extremamente oportuna, com uma divulgação alargada, nos meios de comunicação social locais (rádios e jornais), e na rede social Facebook, fazendo por isso prever uma boa possibilidade de divulgação do nosso trabalho. Com esta participação concretizámos, de certa forma, a divulgação à ULS de Castelo Branco, com a presença do Exmo. Sr. Presidente do Concelho de Administração desta instituição o Dr. Luís Correia, que nos abordou no senti-

do de tomar conhecimento da nossa intervenção, com a qual se congratulou. Apresentamos as fotos do referido encontro no (APÊNDICE I).

Nesta intervenção comunitária tivemos oportunidade de divulgar o Diagnóstico de Situação direccionado para a Qualidade de Vida dos Idosos, apresentação que colocamos em apêndice (APÊNDICEI).

Durante o referido encontro e, ao longo do dia contactámos com os participantes no sentido de os ensinar, esclarecer e informar de acordo com as suas solicitações. Providenciámos folhetos informativos para reforçar a informação. Foi também importante para divulgar o trabalho do enfermeiro em Saúde Comunitária.

2.7 AVALIAÇÃO

Segundo o PNSPI, “a promoção de um envelhecimento saudável diz respeito a múltiplos sectores, que envolvem nomeadamente a saúde, a educação (...), a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus” (DGS, 2006). O mesmo programa refere que os serviços de saúde, nomeadamente os cuidados de saúde primários, têm o enorme desafio e responsabilidade de implementar e melhorar estratégias de intervenção comunitária, no sentido de mobilizar respostas que satisfaçam as necessidades específicas da população idosa.

O período de tempo estabelecido para a intervenção comunitária foi muito limitado, não sendo por isso possível, avaliar a melhoria conseguida na qualidade de vida dos idosos.

Citando Imperatori & Giraldes (1993:178), podemos referir que “numa situação de planeamento ou programação, a maior parte dos elementos utilizados na avaliação são-no sob a forma de indicadores”, através dos quais é possível conhecer a realidade e medir os resultados alcançados.

A avaliação do projecto advém dos resultados obtidos através dos indicadores definidos.

Recorremos aos indicadores de processo e de resultado da actividade, possíveis de obter a curto prazo.

Relativamente aos indicadores de impacto, apenas podemos esperar que a nossa intervenção traga ganhos em saúde para a população. A curto prazo é inexequível medir o impacto da intervenção de enfermagem na melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Realizámos duas sessões de educação para a saúde, uma na Lardosa, outra nos Cebolais de Cima, abordando essencialmente os estilos de vida saudáveis e os seus benefícios assim

como os factores determinantes para a manutenção ou recuperação da capacidade funcional e da autonomia; distribuámos um folheto a todos os participantes nas sessões de educação para a saúde assim, como no 1º Encontro de Economia Social e Solidariedade e no convívio “interacção geracional; concretizámos a implementação da Consulta de Enfermagem no âmbito da Saúde do Idoso, na extensão de saúde da Lardosa; sinalizámos, através da listagem de utentes inscritos na extensão de saúde da Lardosa, e pelo conhecimento que detemos da população da Lardosa, pelos nove anos do exercício de enfermagem, que exercemos nesta população, as famílias unipessoais. Foram identificados 85 idosos a viverem sozinhos, dos quais conseguimos efectuar contacto apenas com 79, os restantes estavam ausentes por hospitalização ou, temporariamente a residir com os filhos, noutras localidades. Conclui-se que conseguimos contactar 92,4% dos idosos que vivem sozinhos, pelo que também consideramos este indicador de processo alcançado.

Para avaliar a satisfação dos participantes nas sessões de educação para a saúde, face à pertinência das actividades desenvolvidas, no âmbito do desenvolvimento saudável, foi preenchido um questionário de avaliação da sessão, em todas as actividades realizadas, por todos os participantes. Pelos resultados apresentados na tabela 1, e atendendo a que definimos como indicador de processo para alcançar este objectivo, que 80% dos participantes nas sessões de educação para a saúde, as classificassem com bom, consideramos ter sido alcançado, uma vez que do total de 105 participantes, 36,2% as avaliaram com bom e 63,8% com muito bom.

	Frequências	Percentagens
Bom	38	36,2
Muito bom	67	63,8
Total	105	100,0

Tabela 1- Frequências e Percentagens de Como avalia a sessão de Educação para a saúde Com a participação no 1º Encontro de Economia Social e Solidariedade, e com a entrevista transmitida na Rádio Beira Interior, concretizámos a divulgação do Diagnóstico de Situação, e promovemos o papel do Enfermeiro em Saúde Comunitária.

Obtivemos adesão de todos os parceiros sociais que convidámos e contactámos, para participarem nas actividades desenvolvidas, nomeadamente Juntas de Freguesia, Fisioterapeuta, Professor de Educação Física, Rádio Beira Interior, Danone, Centros de Dia.

CONCLUSÃO

O envelhecimento, fenómeno universal, irreversível e inevitável, em todos os seres vivos, define-se como um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos, que se desenvolve ao longo da vida (DGS, 2006), e que tem como consequência a alteração dos papéis dos mesmos na sociedade, na família e ainda a nível da representação mental que o indivíduo faz de si próprio e do meio que o envolve (Cordeiro, 1994).

As alterações demográficas relacionadas com o envelhecimento, traduzem-se no desafio à responsabilidade individual e colectiva para envelhecer com saúde, autonomia e independência, o mais tempo possível. Emerge então a necessidade de pensar o envelhecimento numa atitude mais preventiva e promotora da saúde e da autonomia, assim como a redução das incapacidades, adequando as respostas às necessidades dos indivíduos, famílias e comunidades, potenciando a capacitação e o empowerment dos mesmos, no processo de promoção de um envelhecimento saudável (DGS, 2006).

Os enfermeiros, assumem na actualidade um papel fundamental na promoção da saúde, estando envolvidos no desenvolvimento de programas e liderança de equipas de serviços para a melhoria da saúde das pessoas. Um dos principais componentes do atendimento de enfermagem em todos os contextos da prática profissional é a promoção de atitudes e comportamentos saudáveis (Carvalho & Carvalho, 2006). Deste modo, o papel de agente de educação para a saúde é uma exigência na prossecução da excelência em enfermagem.

Cabe aos enfermeiros em Saúde Comunitária, continuar a desenvolver competências na área da Promoção da Saúde e investir na intervenção comunitária com uma abrangência mais significativa e equitativa, assim como na aplicação sistematizada dos Sistemas de Informação em Enfermagem, no sentido de permitir a avaliação da Qualidade dos cuidados.

O estágio realizado, inseriu-se no processo de aquisição e desenvolvimento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que culmina com a realização do presente relatório, que será posteriormente alvo de discussão pública.

Pretendemos contribuir para a implementação de estratégias de promoção da saúde na comunidade e, melhorar a qualidade de vida dos idosos, promovendo um envelhecimento saudável. Por outro lado, conhecendo a importância do papel do enfermeiro na comunidade, e a falta de reconhecimento do mesmo, pela sociedade, considerámos o estágio de intervenção na comunidade oportuno para promover o papel do Enfermeiro em Enfermagem Comunitária.

Todo o trabalho foi desenvolvido segundo a metodologia do Planeamento em Saúde, realizando previamente um Diagnóstico da Situação que serviu de base para a elaboração e implementação do Projecto de Estágio.

Com a realização deste relatório de estágio pretendemos clarificar, aprofundar e complementar os conteúdos teóricos do projecto de estágio assim como relatar de forma clara e sucinta a intervenção comunitária desenvolvida durante o estágio.

É indispensável demonstrar que, os cuidados de enfermagem são fundamentais e imprescindíveis à saúde da população. A possibilidade de medir resultados é uma questão de qualidade e de profissionalidade, com implicações significativas na melhoria da saúde das pessoas, no financiamento dos serviços de saúde e da investigação, assim como no respeito pela profissão e poder do grupo profissional na sociedade (Basto, 2009).

Considera-se que “Portugal apresenta uma escassa cultura de avaliação e de qualidade, devendo haver um maior esforço dos serviços em adoptar normas de orientação clínica, sistemas de acreditação e informação precisos e auditáveis que permitam o desenvolvimento de sistemas de avaliação eficazes.” (Alto Comissariado da Saúde, 2010). Para o efeito, estabelecemos na nossa intervenção, a inclusão dos Sistemas de Informação em Enfermagem, nomeadamente o Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, para a sistematização e documentação da intervenção como forma de avaliar a médio e longo prazo os ganhos efectivos dos cuidados de enfermagem.

A identificação de resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem e de indicadores desses resultados é um trabalho que apesar de estar em decurso precisa de toda a atenção (Basto, 2009).

Os indicadores de resultado medem “as alterações verificadas num problema ou a situação actual desse problema.” (Tavares, 1990:120). No tempo disponível para a realização do estágio com intervenção na comunidade não teríamos de modo algum oportunidade de averiguar a melhoria na qualidade de vida dos idosos na extensão de

saúde da Lardosa, Cebolais de Cima e ficheiro clínico do Centro de Saúde de Castelo Branco; este indicador só poderia ser avaliado a longo prazo.

Atendendo a que a duração do estágio não permite seleccionar indicadores de resultado, optámos por indicadores de processo, que medem “a actividade desenvolvida” (Tavares, 1990:120), e com os quais se pretendeu quantificar as actividades que contribuíram para alcançar os objectivos, sendo os mesmos mensuráveis a curto prazo (Tavares, 1990).

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, através do seu percurso de formação especializada, adquire competências que lhe permitem participar na avaliação multicausal e nos processos de tomada de decisão dos principais problemas de saúde pública, assim como no desenvolvimento de programas e projectos de intervenção, visando a capacitação e o “empowerment” das comunidades na consecução de projectos de saúde colectiva e ao exercício da cidadania (Regulamento n.º 128/2011).

Todo o processo de aprendizagem do Curso de Mestrado em Enfermagem decorreu no sentido de adquirir e desenvolver competências específicas na área de especialização em enfermagem comunitária.

Para o efeito, é essencial o conhecimento e aplicação da metodologia científica do Planeamento em Saúde.

O perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública, com o perfil de competências comuns, integram o conjunto de competências clínicas especializadas no sentido de providenciar “um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos o que podem esperar.”(Regulamento n.º 128/2011).

No estágio de natureza profissional, que culmina com a realização do presente relatório, com o objectivo de desenvolver as competências, aplicámos os critérios de avaliação inerentes às unidades de competência. Implicou aprofundar conhecimentos, através da revisão bibliográfica, dos programas e projectos de intervenção direccionados para os idosos, assim como todos os aspectos inerentes aos mesmos.

Foram desenvolvidas e mobilizadas competências comuns nos domínios da: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria da qualidade; gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Enfermeiros, 2011).

No campo de intervenção, desenvolvemos uma prática profissional e ética, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica, guiados pelo Código Deontológico do Enfermeiro. As práticas promovidas tiveram por base o respeito pelos direitos humanos e a responsabilidade profissional de gerir situações potencialmente comprometedoras para os utentes, nomeadamente a segurança, privacidade e a dignidade.

No domínio da qualidade, toda a intervenção foi efectuada com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, desenvolvendo aptidões a nível da análise e planeamento da mesma. A gestão dos cuidados foi optimizada pela resposta da equipa de trabalho responsável pelo projecto.

O desenvolvimento do auto-conhecimento e da assertividade, implicou da nossa parte, a consciência de nós enquanto pessoas e enfermeiros, identificando factores passíveis de interferir no relacionamento com os indivíduos, famílias e comunidade alvo da nossa intervenção, assim como entre a equipa multiprofissional.

Assumimos o papel de facilitadores nos processos de aprendizagem, em contexto de trabalho e como agentes activos no campo da investigação, consolidando o nosso corpo de conhecimentos.

A intervenção na comunidade foi desenvolvida em conformidade com as prioridades de intervenção estabelecidas pelos Programas de Saúde direccionados para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. A nossa intervenção priorizou a promoção de um envelhecimento saudável, a adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas das pessoas idosas e a promoção e desenvolvimento intersectorial de ambientes capacitadores da autonomia e independência das pessoas idosas.

A realização do Diagnóstico de Situação dos indivíduos em estudo, permitiu estabelecer prioridades de intervenção, de acordo com os problemas identificados, atendendo aos recursos disponíveis, assim como planear a intervenção de enfermagem em conformidade com as necessidades referidas pelos idosos.

Estabelecemos a promoção da saúde como o pilar da intervenção, direccionada para a promoção de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

Nas sessões de educação para a saúde atribuímos especial atenção às situações de maior vulnerabilidade e que condicionam a saúde, autonomia, independência e qualidade de vida da população idosa, como as alterações sensoriais, as doenças crónicas e as complicações das mesmas, a depressão, a solidão, o risco de quedas, os

acidentes domésticos, a polimedicação, entre outros (DGS, 2004). Considerámos pertinente e congruente a promoção de estilos de vida saudáveis, no sentido de actuar sobre estes determinantes.

Foi determinante estabelecer parcerias intersectoriais. Mobilizámos diversos parceiros para apoiar na resolução dos problemas identificados, nomeadamente, as Juntas de Freguesia, a escola do 1º Ciclo do Ensino Básico da Lardosa, o Jardim de Infância de Cebolais de Cima, a rádio Beira Interior, a Fisioterapeuta a exercer funções na Lardosa, a empresa Danone.

Todo o material de apoio para as actividades desenvolvidas foi elaborado numa linguagem simples e com um conteúdo sucinto, de fácil percepção.

Atendendo a que a população onde intervimos se insere no meio rural, os meios de comunicação, assim como o convívio promovido permitiram a partilha de experiências e a promoção da interacção.

Não é possível, a curto prazo avaliar os ganhos em saúde obtidos através da implementação da nossa intervenção, para tal seria necessária uma intervenção num prazo mais alargado.

Temos presente a dificuldade em descrever na totalidade as intervenções de enfermagem, e todo o trabalho desenvolvido, para a aquisição de competências comuns e específicas definidas para o enfermeiro em saúde comunitária e de saúde pública. Pretendemos com toda a certeza continuar a intervir.

Não foi de todo nossa pretensão dispersar a abordagem temática, no entanto necessária por considerarmos a profissão de enfermagem como extremamente completa nos seus saberes e nos outros saberes que aplica para o seu exercício.

Consideramos naturalmente que o trabalho desenvolvido durante o estágio, é uma mais valia para a Instituição onde desempenhamos funções, e em concreto para a comunidade onde intervimos, assim como uma experiência pessoal e profissional extremamente enriquecedora. Além de fomentar o trabalho em equipa, desenvolveu a nível pessoal o vínculo entre o profissionalismo e a responsabilidade para com a comunidade.

BIBLIOGRAFIA

Alto Comissariado da Saúde. (n.º2 de 2010). 3º Fórum Nacional de Saúde - Para um futuro com saúde. *Boletim Informativo : Pensar Saúde* .

Assis, M., Hartz, Z. M., & Valla, V. V. (2004). Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9(3) , pp. 557-581.

Basto, M. (2000). Contributo da Enfermagem para a Promoção da Saúde da População. Lisboa: Sub-Região de Saúde de Lisboa e Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Rezende.

Basto, M. L. (2º Semestre de 2009 de n.º2, vol.13 de 2009). Investigação sobre o cuidar de Enfermagem e a construção da disciplina: Proposta de um percurso. *Revista Pensar Enfermagem* .

Bento, M. d. (Março de 2001). Formação em Enfermagem: Que caminho? *Revista Sinais Vitais* , pp. 29-34.

Berger, L., & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas Idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.

Berger, M. (1995). Aspectos Psicológicos e Cognitivos do Envelhecimento. In M. &.-P. Berger, *Pessoas Idosas, Uma Abordagem Global* (p. 1ª edição). Lisboa: Lusodidacta.

Biscaia, A. R., Martins, J. N., Carreira, M. F., Gonçalves, I., Antunes, A., & Ferrinho, P. (2006). Os Cuidados de Saúde Primários. In Cuidados de Saúde Primários - Reformar para Novos Sucessos. In L. Lobo, *Participação Comunitária e satisfação com os cuidados de saúde primários* (pp. 21-30). Lisboa: Padrões Culturais Editora.

Carta de Ottawa. (17-21 de Novembro de 1986). Obtido em 20 de Março de 2011, de Promoção da Saúde nos Países Industrializados - 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá: <http://www.dgicd.minedu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96.htm>

Carvalho, A., & Carvalho, G. (2006). Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e Necessidades de Formação. Lisboa, <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/5396> : Lusociência .

Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Primários. (1978). Obtido em 4 de Outubro de 2010, de Declaração de Alma-Ata: Saúde Para Todos no Ano 2000: http://www.saudepublica.web.pt/05-PromocaoSaude/Dec_Alma-Ata.htm

Cordeiro, J. (1994). *A Saúde Mental e a Vida*. 3^o edição. Lisboa: Edições Salamandra.

Correia, C., Dias, F., Coelho, M., Page, P., & Vitorino, P. (2001). Os Enfermeiros em Cuidados de Saúde Primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública* , p. volume temático 2.

Costa, M. A. (2002). *Cuidar Idosos - Formação, práticas e competências dos enfermeiros*. Lisboa: Formasau, Formação e Saúde, Lda e Educa.

Costa, M. A. (1998). *Enfermeiros - Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século.

Costa, M. A., Agreda, J. J., & al, e. (1999). *O Idoso- Problemas e Realidades*. Coimbra: FORMASAU- Formação e Saúde. 1^a edição.

Cruz, V. (1997). Uma abordagem às teorias de aprendizagem. *Sonhar*, IV , pp. 45-83.

Decreto - Lei nº161/96. (4 de Setembro de 1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).

DGS. (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.

Enfermeiros, O. d. (2005). *CIPE-Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Versão 01*. Genebra: Conselho Internacional dos Enfermeiros.

Enfermeiros, O. d. (Março de 2007). Indicadores de resultado:pesquisar- Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados de saúde. *Conselho de Enfermagem - RNCCI* .

Enfermeiros, O. d. (Conselho de Enfermagem de Dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual - Enunciados Descritivos. *DIVULGAR* , p. 15.

Enfermeiros, O. d. (18 de Fevereiro de 2011). Regulamento n.º 122/2011. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2.ª série - N.º 35-18 de Fevereiro de 2011 .

Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.

Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., & Santos L. & Pinzon, V. (2000). *Revista de Saúde Pública* 34. Obtido em 20 de Setembro de 2011, de Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0034-89102000000200012

Fonseca, A. M. (2006). *"O Envelhecimento: Uma abordagem psicológica"*. Lisboa: 2.ª edição : Universidade Católica Portuguesa.

Fortin, M.-F. (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem: Os fundamentos à prática Profissional*. Porto Alegre: Artmed; 4ª edição.

Gil, A. C. (1995). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas.

Gil, J. (2005). Portugal, Hoje. Medos de Existir. In C. Palmeirão, & I. Menezes, A *Animação Sociocultural na Terceira Idade*. Lisboa: Relógio D`Água.

Gomes, A. P., Magalhães, A., Martins, C., & col. (Número 37 de Junho de 2011). XI Seminário de Ética - Responsabilidade para com a Comunidade. *Ordem dos Enfermeiros* , pp. ISSN 1646-2629.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN 972-8383-20-7.

ICN, I. C. (2006). *Code of Ethics for Nurses*. Geneva: ICN.

ICN, I. C. (12 de Maio de 2008). Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos Cuidados de Saúde Primários. Dia Internacional do Enfermeiro. http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf:[f:OrdemdosEnfermeiros](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/Kit_DIE_2008.pdf).

Imperatori, E., & Giraldes, M. d. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, 3ª edição revista e actualizada.

INE. (2002). O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos* (vol. nº32) , pp. p.185-208.

International Council of Nurses (ICN). (2005). *International Classification for Nursing Practice- ICNP* . Geneva: version1.

Leal, C. M. (Universidade dos Açores de 2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Obtido em 20 de Setembro de 2011, de <http://www.porto.ucp.pt/lusobrasileiro/actas/Carla%20Leal.pdf>

Leavell, H., & Clark, G. (1978). *Medicina Preventiva*. Rio de Janeiro: Mcgraw - Hill Ltda do Brasil.

Manual Técnico de "Promoção da Saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar". (2007). Rio de Janeiro: 2ª edição revisada e atualizada.

Miguel, L. S., & Sá, A. B. (Maio 2010). *Cuidados de Saúde Primários: Reforçar Expandir*. Plano Nacional de Saúde 2011-2016: Alto Comissariado da Saúde.

[MS], M. d. (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde Para Todos. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.

[MS], M. d., & Alto Comissariado da Saúde. (2011). Plano Nacional de Saúde 2011-2016. *Estratégias para a Saúde. IV.Objectivos para o Plano Nacional de Saúde. 2)Promover um Contexto Favorável à Saúde, ao longo do ciclo de vida*. http://www.acs.min-saude.pt/pns2012-2016/files/2011/03/OSS2_20-06-2011.pdf.

Ministério da Saúde, Rio de Janeiro. (2007). *Manual Técnico "Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar"*. Obtido em 20 de 07 de 2011, de http://www.slideshare.net/karol_ribeiro/promocao-saude-prevencao-riscos-doencas

Morais, A. (2001). *Cuidar do Idoso no Domicílio: a realidade da prática dos cuidados de enfermagem*. Porto: [s.n.]: Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto.

Moreira, S. (Abril de 2011). SAPE- Cuidados de Saúde Primários. Parametrização . Castelo Branco.

Myers, D. G. (2000). *Psicologia Social*. Livros Técnicos e Científicos Editora S.A.

Netto, M. P. (1996). *Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.

OMS, O. M. (1998). *Versão em Português dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida (WHOQOL), Divisão de Saúde Mental. Grupo WHOQOL*. Obtido em 21 de Setembro de 2011, de <http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol1.html>

ONU. (2003). *Plano de Acção Internacional para o Envelhecimento, 2002*. Brasília: Organização das Nações Unidas. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Obtido de http://www.paho.org/hr-ecourse-p/assets/_pdf/Module3/Lesson1/M3_L1_9.pdf.

ONU. (2002). *SEGUNDA ASSEMBLEIA MUNDIAL SOBRE ENVELHECIMENTO*. Obtido em 03 de 12 de 2011, de Centro de Informação das Nações Unidas em Portugal: <http://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/idosos-final.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (Dezembro de 2001). *Divulgar- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem- Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem.

Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Código Deontológico. (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lein.º 111/2009 de 16 de Setembro)*. Obtido em 1 de Setembro de 2011, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros, O. (26 de Abril de 2006). *Investigação em Enfermagem: tomada de posição*. Obtido em 20 de 8 de 2011, de Lisboa: http://www.ordemenfermeiros.pt/images/contents/upladed/File/sedestaques/OE_InvestigEnfermPosCDTomadadePosição2604.pdf

Pais Ribeiro, J. (1998). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.

Palmeirão, C., & Menezes, I. (s.d.). *A Animação Sociocultural na Terceira Idade*. Obtido em 12 de Agosto de 2011, de A Animação Geracional como estratégia Educativa: Um contributo para o desenvolvimento de atitudes, saberes e competências entre gerações: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/3961/1/FEP_Palmeir%C3%A3o_Cristina%20dig3.pdf

Pereira, M. A. (Março de 2009). Reflexões sobre as práticas científicas e a construção do saber. *Nursing - Revista de Formação Contínua em Enfermagem*, nº 243, pp. 30-32.

Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias*. Coimbra: Quarteto.

Polit, D., Beck, C., & Hungler, B. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. Porto Alegre: Artemed, 5ª edição.

PORTUGAL, D. G. (2006). Envelhecimento Saudável. Dia Internacional das Pessoas Idosas - 1 de Outubro. *Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas*. Lisboa: DGS.

PORTUGAL, D.-G. d. (2006). Envelhecer com Sabedoria - Actividade Física para manter a independência. MEXA-SE MAIS!- 1 de Outubro. Dia Internacional das Pessoas Idosas. In *Programa Nacional Para a Saúde das Pessoas Idosas*. DGS.

PORTUGAL, M. d.-D.-G. (2004). Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais Saúde para Todos. *Volume I- Prioridades*, 88p. - *Volume II- Orientações Estratégicas*, 216p.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais - Trajectos*. Lisboa: Gradiva - Publicações Lda, 3ª ed.

Ramos, A. L. (2003). "Empowerment" do cidadão em saúde: Qual o papel do profissional de saúde? Qual a percepção do cidadão. In 2. (OMS. Lisboa: Curso de Mestrado em Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública.

Regulamento n.º 128/2011. (s.d.). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Diário da República, 2.ª série - N.º 35 - 18 de Fevereiro de 2011.

Rice, R. (2001). *Prática de Enfermagem nos Cuidados domiciliários, conceitos e aplicação*. Loures: Lusociência. 3ª edição.

Russel, N. (1996). *Manual de Educação para a Saúde*. Lisboa: Direção Geral da Saúde.

Saúde, M. d., & Primários, M. d. (Fevereiro de 2010). *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários. Plano Estratégico 2010-2011*. Lisboa.

Silva, J. V. (2009). *Saúde do Idoso e a Enfermagem. Processo de Envelhecimento sob Múltiplos Aspectos*. São Paulo: 1ª edição; Iátria.

Silva, L., & Fernandes, T. (2010). Manual de Utilização. Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Cuidados de Saúde Primários. Matosinhos: Unidade Local de Saúde de Matosinhos.

Stanhope, M., & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da Saúde de Grupos, Famílias e Indivíduos*. Loures: Lusociência, 4ª edição.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional.

Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra - Modelos e Teorias de Enfermagem*. Lusociência, 5ª edição.

Zimmerman, D., & al., L. O. (1997). *Como Trabalhamos com Grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

APÊNDICES

APÊNDICE I – CD COM TODOS OS APÊNDICES ELABORADOS

ANEXOS

ANEXO I – CD COM OS ANEXOS

